

	Insured: e Fill out the form e that you and you red according to y	ir family receive	e nealth care sell	ices as_			5009330	XII-00000000000000000000000000000000000	1.	نأمل قيدك بتعينة هذا النموذج بالشكل المسحوح لمرض التسع الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوثيقة الموحد نوع الطلب (1)	\dashv
	- F	إضافة (2)	New	B	خدود			Туре		(3)	-
Add	lition	Unit or the second			رثيقة السجل التجا	ارقوال	Entity Na	me : Al salar	n	اسم المتشاة :	\dashv
Pol	icyNo/CR:			. 90	م الجوال:				EES KANI	أسم الموظف:	\dashv
M	lobile No.	3189480		- 1	235273113					رقع الهوية	_
	1777-2010	imber	Nationality: 90	0	نية:	Marit الجند	tal Statu	s Married	منزوج 🗆	الحالة الايتماعية: أعزب Single 🗵	1
	nder: 1		Haddilant)			7	نم	160246	العربو تحت كابرة	نى الاقتصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع الدارة له في	K.e
ea	se declare any of I	pelow cases by	marking √ under t	the word		No	Yes	-,	- 05		
/es				_		-	п			هل تم التقويم بالمستشفى خلال الخر 12 شهر ؟	1
1	Any hosipital admi	ssion during last	12 months?		10000	図	ш				
	Have you been dia diseases <u>limited</u> to	gnosed with any o: Autism, Benigi Hepatitis C, Galls es, thyroid golter,	of the following chro n Tumor, Cancer, Ho tones, Kidney fallur Cysts, fibroid uteru	eart e,		図	п	7.1	Michigan	«قل تو تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التو السرطان، أمراض الشب، الالتهاب التبدي القيرومي المزمز الفشل الكلوي، حصوات المعدلك البولية، تضمم الفزة الدرقي بالرحم، الفتى، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتعدر.	2
1	Have you been didisorder or heredidisorder or heredidisorder diseases, Hydrocs malformations, C disease, G6PDDef Wilson disease, Pt	agnosed with any tary diseases <u>lim</u> r, Thalassemia, h sphalus, spinal mu hromosomal abno iciency, systicfibro stycystic Kidney D	of the following cor- ited to: Cerebral pa- emophilia, metaboli uscle atrophy, genital ermalities, aucher's sis, hemochromatos isease.	aisy, Ic al		Ø	0	يل د آمراض	وفيلها، أمراض التما ك الأعضاء التناسلية ف الكسد	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشو علت ال الشكل الدمائي، الشطراب الخلايا المتجلية، الثلاث بيميد الخالي، استمطاء الرأس، ضمور العضائات الشوكي، تشو ها: الكروموسومات، مرض توشر, مرض التكسر القولي، التلو . هردوكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخالقي	
4	Have you been d	annosed with any	of the following ey corneal diseases or	e diseases Retinal		Ø	п			هل تم تشخيصك ياي من أمراض العين التائية فقطر: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك	+
5	Have you been d diseases timited	to: Vertebral dis-	y of the following bo c prolapse, Scoliosis	nne s,		S	п		ل الفضروفي النيسك	 هل تم تشخيصك بأي من أمراض الطلم التلقية فقط: الإنزلاق الحراف العمود الفقري، النهاب المفاصل أو تعزق الأربطة 	
6	Current multiple	regnancy regnancy with pre pregnancy	evious CS delivery				0			<u>للأثنى الدامل فقط:</u> حمل حائى جنين واحد حمل حائي مع فيصرية سابقة حمل حائي متعد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
_	Expected deliver	dependents det	tails that need to	be added ((In case of a				. (***	بهنات الموظف وافراد العائلة العراد اضافتهم 3 (فمن هانة الإجابة يقع اعلاء، الرجاء ذكر العائة في الجدول أد	
	Yes answer abo	ve, please declare العقة	the case in the tab رقم الهوال	الطول	فرزن Weight		رقم الهوي mber	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف إطراد العائلة Employees/Dependent Name	
0000	Provider Name	case	Mobile No.	Height	0 0	223527		EMPLOYEE	1	AZEES KANI	
	Provider Name	case	573189480	0	-	223527	73113	EMPLOYEE	1	AZEES KANI اقرار و التفویض :	_

- acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis,
- 4. Failure to fill the weightend height information will result in refusal

- البيشان، و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها المعق في الإنصبال بالمستشفوات اللتي أتعامل معها للتزويدها بأي معلومات طنية قلا تنعثاج اليها لتقييم المشاملو
 - أو افق على أحقية (شركة عذاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافساح عن وجود أي من الحالات للمنكورة أعلام اللتي نشأت قبل تاريخ النماد أو قبل النسجيل لو اضافة مومن له خلال
 - أقر بكي قد قرأت و قهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من العالات المذكورة أعلاً، يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستعق الأنساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تنطية تكاليف عماية حراسة السيدة المفرطة

to cover the cost of obesity surgery.					=
المجساولات العامــة Entity's stamp من العامــة 1010095926	Employee Signature (4) AZEES	توقيع العوطف	Date C \	التريخ ا 🗸 ا	
				الرشيقة فالله لا يحد الله، كشكال الدار الدارا	-

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy, (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجدید الوشعة فاته لا بحق تلشركة طلب نموذج الصباح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- لا يحق تشركة التأمين طلب تعوذج الفساح طبي للمواليد الجدد عند اصطفهم على وتبقة التلمين الصحي
 - أي حال الحاجة الأضافة تايمين أكثر بتم تعينة بمرذج جديد
 - عدم نظامية فيام صاحب الحل بالتوفيع بدلا عن المؤسل له



Add Poli	50 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	your unified pol				_					F 4 1	160
		(2) 🗖	Nev	v 🛭	7)77			Туре			اهب (1)	نوع ال
	cyNo/CR:			: 4	ليقة السجل التجارع	رقم الوا	Entity N				لمنشاة :	_
- 1-1		50794207			الجوال:	رقم	Employe	e Name: M	JHAMMAD WA	HEED TAHIR TAHIR	لىوظف: 1	
	obite ito .	lumber			2349051215							رقم الع الحالة
Ger	nder: 1	الينس:	Nationality: 3	05	ية:	Marit الجنس	tal Statu		منزوج 🗆	Single 🖾 😽		
leas	e declare any of	below cases by	marking √ under	the word		Y No	نم Yes	نعم ۔	مريع كنت كلمة ۔	ات أدناه بوضع اشارة لا في ال	صاح عن وجود أي من الحاة	يرجى الاف
yes)						Ø	ш			اطر 12 شهر ؟	. تم التنويم بالمستشطى غلال	Ja 1
1		ission during last		onic		+				اض العزمقة التائية ققطة التوح	ار تو تشخصه بایر برد ایک ر	la.
	Diseases, Chroni- Urinary tract stor	to: Autism, Benig Hepatitis C, Galla	of the following the n Tumor, Cancer, H stones, Kidney fallu , Cysts, fibroid uter Multiple scierosis.	ieart ne,		Ø		i.	سي، خصوات العرا التكيسات، ورم لية	باب الكيدي القيروسي العزمن والبولية، تضخم الخدة الدرقية، الذاتية أو التصلب المتحد.	مرطان، أمراض للقاب، الالته مَّلُ التَّلُوي، حصوات المسالك هم، الفُلَق، أمراض المناعة	اله اله الفد بالر
3	Have you been disorder or here. Sickle cell disord diseases, Hydror malformations, disease, G6PDDe	lagnosed with any ditary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, I ephalus, spinal m Chromosomal abno	of the following co wited to: Cerebral p wemophilla, metabol uscle atrophy, genit crmalities, aucher's usis, hemochromatos	alsy, ic al		121	0	ىك أمريض	فحينياء أمراض التمث الأعضاء التشاسلية ، الكيسى	اض الوراثية أو التشويدات القا أيا الطجائية، الثلاثينيا، الهرمو رز الطخات الشوكي تشويدات ر, مرض التكسر الطولي، التلهة لصون, تكيس الطابتين الخلقي ا	لىل الدماغي، انشطراب القلا ذاني، استسقاء الرأس، ضعو كروموسومات، مرتض غوشر	20 20 21,
4	Have you been o	liagnosed with an	of the following ey Comeal diseases or	re diseases Retinal		м				ض العبن الثانية فقط: اض الفرنية أو أمراض الشيكية	ل ثم تشخيصك باي من أمراط ياه بيضاء، مواد زرقاء، أمرا	
5	diseases. Have you been diseases limite. Arthritis or Uga	d to: Vertebral dis	y of the following bo c prolapse, Scollosi	one s,		Ø	0		الغشروفي الدرسك	ان العظام النشية فقط: الإنزلاق المفاصل أو تعزق الأريطة	، تم تشخیصك باي من أمراط دراف العمود الفقري، التهاب	ја. 57),
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pro pregnancy	vious C5 delivery			1					شي الحامل فقط : أن حالي جانون واحد أن حالي مع فيصرية منابقة أن حالي مقاهد الأجنة في الولادة المتوقع	حمر جمرا حمر تاري
	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the tab	be added le below)	(In case of a				(3)	راد انضافتهم 3 جاء ذكر الحالة في الجدول ابنا	ت الموظف والفراد العائلة الم حالة الإجابة بنعم أعلاه، الر.	بود (في
	اسم مقدم النفضة rovider Name	(Letti	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	ية ID Nu	رقم اڻهو mber	القرابة Relation	الجشن Gender		اسم الموظف (افراد العا ependent Name	,
_	rovider Huma		550794207	0	0	2349051	215	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD WAI-	HEED TAHIR TAHIR	1
1. according to the du 3. the 4.	teptance of my end that (Saudi Enay that (Saudi Enay I agree that (Saudi verage/claims in file contractual date rich the contractual I hereby confirm is form and I agree options requires de	rolment will be on ra) has the right to edical information it Enaya) has the ill in case of no de or before enrolling reading and under e that not marking edicaration" and I si weight and height	formation are corre the basis of such in o contact the hosplt needed to assess tright to reject the iclaration of any cas or adding a new le standing all points of any case is unders on on these basis, information will res	nformation al(s) I deal he risk(s), ses prior to asured presented is stood as	n			ت اللتي أتعامل معها د عدم الأقصاح عن اشتاقة مؤمن له خلال أم أي من الحالات	لاتحدال بالمستشفية او التفطية كلها عند أو قبل النسجيل أو بأن عدم الشارشي لم لليه لوقع	مودية) في رفض السطاية اللّتي نشأت قبل تنويخ التعاقد باء في هذا النموذج كما أتعهد ، دما يستحق الأفصاح عنه و ع دي للي رفض تغطية تكاليف	و أن الشركة الشركة عناي ا بأي مخومات طبية قد تحتا من الحقية (شركة علية السا من المقد أن المذكورة اعلام أن المقد القرات و فيمت جميع ما جا أعلام يعتبر بمثالية نفي وجود أه بيشفت الطول و الوزن سين	أقر أن الد البيانات التزويده أوافق علم وجود أي فترة سريا التر ياشي ا

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for
- newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الواشقة فأنه لا يحق التنزكة طلب نموذج الصناح لأي مومن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا وحق الشركة التأمين طالب لموذج اقصاح طبي للمواليد الجدد علد اضافتهم على وثيقة التأمين الصحى
 - (3) في حال الحاجة الإضافة تثبعين الثار يتم تعزنة نعوذج جنيد
 - (4) عدم نظامية فيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ple	sure that you an	100	r the purpose of peive health care policy benefit.					ف	واد اسرتك على خدما	نمان حصولك و الأ	صحوح لغرض التسجير و لط • منافع الوثيقة للموحدة			نأمل
А	ddition	إضافة (2) 🏻	,	New	EQ 7	25	-		Туре		A STANDARD OF THE PER	(1)	ع الطلب	نوع
Р	olicyNo/CR:				سجل التجاري :	ر الد شقة/ الد	, i.e.	Entity	Name: Als	alam			م المنشأة ;	
	Mobile No :	593928870				رقم الجوال:		VIII. 122	yee Name :		IALID KHALID MALIK		م الموظف:	_
	1	D Number			234939	8749							الهوية	رقم
G	Gender: 1	:00	Nationality:	321		نېسىة:	3 Mar	ital Sta	tus Marrie	d □ 5	Single ⊠	أعزب	ثة الاجتماعية:	العا
	ase declare any	of below cases I	y marking √ und	ler the wo	rd		y No	نم Yes	-	ع تحت کشة ۔ تعم	ناه يوضع اشارة 🖟 في العرب	د أي من الحالات أد	الاقصاح عن وجو	يرچي ا
1	Any hosipital a	dmission during la	st 12 months?				Ø				12 شهر ۲	ستشقى خلال الحر	هل تم التنويم بال	1
2	diseases <u>limit</u> Diseases, Chro Urinary tract s	ed to: Autism, Ber nic Hepatitis C, Ga tones, thyroid golb	ny of the following or ligh Tumor, Cancer, illstones, Kidney fai er, Cysts, fibroid ut Multiple scierosis.	, Heart ilure,			Ø	0	,	ي، حصوات العرارة	العزملة الثالية فقط: التوحد, لكيدي الفيروسي العزمن سي إلية. تضخم الغدة الدرقية، الذ بة أو التصلب المتحدر.	ن القلب، الإلتهاب ا صوات العمالك اليو	،السرطان، أمران القشل الكلوي، ۵	2
3	disorder or her Sickle cell diso diseases, Hydr malformations disease, G6PDD	reditary diseases <u>II</u> rder, Thalassemia, ocephalus, spinal r , Chromosomal abo	ny of the following of mited to: Cerebral hemophilia, metat nuscle atrophy, ge- normalities, aucher rosis,hemochromat Disease.	l palsy, polic nital 's			Ø	0	the Control of the	يا، أمراض التمثيل أعضام التناسلية، أ لكيمس	الوراثية أو التشوهات الخلقي منجئية، التلاميميا، الهيموفية معشلات الشوكي، تشوهات الأ رض التكسر الفوتي، التليف ا ن تكسر الكارتين الخلقي الو	اشطراب الخلايا ال او الرأس، شمور ا از مرض خوشر م	الشَّلُ النماعي، الغَّذَاني، استسطّ الكروموسومان	3
4			ny of the following of Corneal diseases o		25		Ø	٥		Ŷ	العن الثانية فقط: القرانية أو أمراض الشيكية	ك بأي من أمراض ا بياه زرفاء، أمراض		4
5		ed to: Vertebral di	ny of the following i sc prolapse, Scolios				Ø	0		لغضروفي النيسك	لطلم الثالية قلط: الإنزلاق ا غاصل أو تمزق الأربطة			5
6	Pregnant Fen Current single Current single Current multip Expected deliv	pregnancy pregnancy with pro le pregnancy	evious CS delivery				0	1				ن واحد ليصرية سابقة د الأجنة	للأنثى الحامل أ حمل حالى جنيز حمل حالى مع أ حمل حالى متع تاريخ الولادة لا	6
			tails that need to		(In case of	a				10	د اضافتهم 3 و ذكر الحلة في الجدول أمنا	واقراد العائلة المرا ة ناعم أعلام الدحا		
Р	اسم مقدم القدمة rovider Name	الدلة case	رقع الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID	↓,s Num	رقع ال	القرابة Relation	الجنس Gender		موظف القراد العائلة	اسم ال	٠
			593928870	0	0		93987		EMPLOYEE	1	ZEESHAN KHAI		0.00	1
1. I according and with 2. I cover the during 3. I this "No 4. If	eptance of my en I that (Saudi Enay In to collect any mr agree that (Saudi erage/claims in contractual date ing the contract, hereby confirm r form and I agree thing requires do	rolment will be on a) has the right to edical Information ii Enaya) has the n ill in case of no de- or before enrolling eading and unders that not marking claration" and I sig- reight and height in	claration of any cas or adding a new Ir tanding all points p any case is underst	nformation al(s) I deal the risk(s). tes prior to the presented in tood as	1				ت التني أتعلن معها أند عدم الإفساح عن إضافة مرمن له خار مام أي من العالات	الاتصال بالمستشفرا 4 أو التخطية كانيا ع د أو قبل التسجول أو بإن عدم الشارشي ا عاره اوقع	أعلاه كاملة و سحيحة و بنا السعودية) لها الحق في إليها تنفيع المخاطر التني نشأت قبل تاريخ التعاقب الد في هذا السوذج كما أنسيد ما يستحق الأقصاح عنه و .	معلومات المذكورة يد (شركة علية بات طبية قد تحتاج (شركة علية السع إن المذكورة أعلام و فهمت جميع ما جا	البهائت و أن الشر الترويدها بأي معلو جود أي من الحاة ارة سرمان المقد ار باقي قد قرأت و مذكورة أعلاء يعا	1, أمّ الله 2. أو الد الله الله الله
Enti	ity's stamp	م المعام اولات العام 10095926	The second secon	ree Signatu Z E	ire EES	(4) H A	N	,	ترقع الموظف	Date	هرين ۲۱ /۱، ۲). ک			

- Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشعة فأنه لا يجن للشركة طلب نموذج الصباح لأي مزمن له مصى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لتبركة التأمين طلب نموذج العساح طبي للمواليد الجدد عند امساقهم على وثيقة التأمين الصحي الدورة
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تايعين أكثر يتم تعبئة نموذج جنب:
 - (4) عدم تظامرة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



	ired according	to your unified	policy benefit.							صنعية بالشكل المطلوب حسب متاقع الوثوقة الموحدة	100000
A	ldition	إضافة (2) 🗖		New	ئىت ك			Туре		(1)	لموع الطلب
Po	licyNo/CR:				لسجل التجاري :	رقم الوغيقة/ ا	Entity	Name: Als	alam		اسم المنش
	Mobile No :	571136754			ال:	رقم الجوا	Emplo	yee Name :	SANJAY KUMA		أسم الموظ
	10	Number			2354538	70.7					رقم الهوية
G	ender: 1	نس:	Nationality:	207		-	arital Sta	tus Marrie	توج 🗆 b	نماعية: اعزب 🗹 Single مآ	الدالة الاجا
ye.		of below cases I	oy marking √ un	der the wo	rd	No.	نم Yes	-	يع تحت كلمة - تعم	γ عن وجود أي من الحالات أنناه بوضع اشارة $\sqrt{6}$ في المر	جي الاقصاح
	Any hosipital ac	tmission during la	st 12 months?			Ø				التنويم بالمستشفى خلال المر 12 شهر ؟	هل شم
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract st	d to: Autism, Ber nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goit	ny of the following nign Tumor, Cance allstanes, Kidney fo er, Cysts, fibraid u r Multiple sclerosis	r, Heart silure, terus,		N	0		ي، حصوات العرارة	تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوجد لنن، أمراض الطّب، الالتهاب الكدي الليروسي العزمن ما الكثري، حصوات المسلك اليولية، تضطع الغدة الدرقية، ال الفّقى، أمراض المفاعة الذّاتية أو التصلب المتعد.	،السرط القشل ا
•	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	editary diseases <u>li</u> der, Thalassemia, ocephalus, spinal i Chromosomal ab	ny of the following mited to: Cerebra hemophilla, meta muscle atrophy, go normalities, aucherosis, hemochroma Disease.	al palsy, bolic enital r's		Ø	0		بُنيا، أمراض التعثيل لأعضاء التناسلية، أ الكيسى	ر تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهت الخلة الدمائي، اضطراب الخلايا المنجابة، الثلاميميا، الهيموة بي، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات ا رموسومات، مرض غوشر، مرض التصر اللوشي، التنهف بكروماتوميس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي ال	الشال الخذان الكرو
1			ny of the following Corneal diseases		s	Ø	0			لم تشخيصك بأي من أمراض العين الثانية فقط: ويضاء، مياه زرقاء، أمراض الفرنية أو أمراض الشبكية	
		d to: Vertebral di	ny of the following sc prolapse, Scolid			Ø	0	م تشخيصك بأي من أمراض الطلم التالية فقط: الإنزلاق المخضروفي الديسك ف العود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة			
	Pregnant Fem Current single ; Current single ; Current multipl Expected delive	oregnancy oregnancy with pr e pregnancy	evious CS delivery				0			<u>الحامل فقط :</u> حالى جنين واحد حالى مع فيصرية سابقة حالى متعد الاجنة الولادة المتوقع	حمل. خمل. حمل.
=73		- CONTROL OF THE PARTY OF THE P	tails that need to the case in the to			a		V= ========	(at	، الموظف وافراد العائلة المراد اشتافتهم 3 دلة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدا	54.0330
	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطرل Height	الرزن Weight	ID No	رقم لهوي imber	القراية Relation	الوشن Gender	اسم المرطف إلقراد العائلة Employees/Dependent Name	,
Pı	571136754 0 0										

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 1 agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. 1 hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- 1. أقر أن البيتات و المعلومات المذكورة أعلاء كاملة و محجحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيئات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) تها المكن في الاتحسال بالمستشفيات اللتي تتعامل معها تقرودها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها تقويم المخاطر
 - أوافق على لحقية (شركة هاية السعودية) في رفض المطالبة او التنظية كليا حدد عدم الاقتصاح من وجود اي من الحالات المتكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعاك أو قبل التسجيل أو اضافة مومن له خلال فترة مريان المخد
 - لقر بثني قد قرات و فهمت جميع ما جاء في هذا التموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي اسام أي من الحالات المذكورة أعلاء يشير بطابة نفي وجود ما يستمق الأفسياح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعيثة بهانات الطول و الوزن سودي الى رقض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المقرطة

	ا الله مؤسسة	2	27.25%		16
Entity's stamp	- VIASI	ployee Signature (4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ
	المسارم البحيلة	SANTAV		0.0	
	1 - " 1 -11 - Wal - and	JAN DAI		C,C	10115

- (1) Upon renewal of the policy the paster shall not request a declaration form for any insured with has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الوشعة قانه لا یحق الشركة طلب نموذج الصاح لأي مؤمن له مضى علیه (11) أشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للموافية الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحى السنة بة
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام صاحب الحل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ple		your family re	or the purpose of ceive health care policy benefit.					ت	راد اسرتك على خدما	نمان حصولك و الأ	: موذج بالشكل الصحيح لغرض التسمير و لمنا المطلوب حسب مذافع الوثيقة الموحدة		تأمل
А	ddition	ضافة (2) 🗆		New	دود 🖾	4	_		Туре		(1)	لطثب	نوع ا
Р	olicyNo/CR:				سجل التجاري :	لم الوثيقة/ الد	رد	Entity	Name: Als	alam		فنشاة :	اسم
	Mobile No :	568778423			ž.	رقم الجوال	+		yee Name :	ALI SALEH A	LI AL KHUZAEI	صوظف:	-
	ID	Number			2370104	4867						هوية	رقم ال
G	iender: 1	:00	الجا Nationality :	204		الجنسية:	Mar	ital Sta	tus Marrie	d 🗆 ts	اعزب 🗵 Single متز	الاجتماعية:	الدانة
	ase declare any	of below cases	by marking √ unc	ier the wo	ord		Y No	نم Yes	3	ع تحث كلمة - تعم	, من الحالات أبناء يوضع اشارة لا في العرب	قصاح عن وچود اي	يرجى الا
1	Any hosipital ad	mission during is	est 12 months?				Ø	0			ئىقى خلال اقر 12 شهر ؟	ل ثم الثنويم بالمستد	A 1
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	d to: Autism, Be ic Hepatitis C, G mes, thyroid goil	ny of the following nign Tumor, Cancer allstones, Kidney fa ier, Cysts, fibroid ut r Multiple sclerosis.	, Heart ilure,			Ø	0		ي، خصوات العزارة	. من الأمراض المزمنة الثانية ققط: التوحد غلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي العزمن سم ال المسالك اليولية، تضخم العدة الدرقية، الذ ال المناعة الذائية أو التصلب المتعدد.	لسرطان، أمراض ال قشل الكلوى، حصوا	. 2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease,G6PDDe	ditary diseases I der, Thalassemia cephalus, spinal Chromosomal ab	ny of the following imited to: Cerebra , hemophilla, metat muscle atrophy, ge normalities, aucher rosis,hemochromat Disease.	l palsy, polic nital 's			8	0		ليا، أمراض التمثيل أعضاء التناسلية، أ الكيمني	ي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقو طراب الخلايا المتجلية، الثلاسويا، الهوموايا زأس، ضمور العضائات الشوكي، تشوهات الإ رض خوشر، مرض التكسر القولي، التليف ا بر مرض ويلسون, تكوس الكليكين الخلقي الو	الشَّلُلُ الدماشيِّ، اصَّا الغُدّاني، استَسقَّامُ ال إلكروموسومات،ٍ م	
4			ny of the following Corneal diseases o		25		Ø	0			ي من أمراض العين الثالية فقط: زرقاء، أمراض الفرنية أو أمراض الشيكية	هل تم تشخیصک یا میاد پیضاء، میاد	4
5		d to: Vertebral d	ny of the following isc prolapse, Scollos				Ø	0		لغضروفي النيمث	ي من أمراض العظام الثالية فقط: الإنزلاق ا قري، التهاب المقاصل أن تمزق الأربطة		
6	Pregnant Fem. Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pr pregnancy	revious CS delivery				0 0	1			رية سايفة اجنة	للأثش الحامل فقط: حمل حالي جنين وا حمل حالي مع فيصر حمل حالي متحد الا تاريخ الولادة المتوا	
			talls that need to		(In case of	a				. (*	راد العائلة العراد اضافتهم 3 هم أعلاد، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أننا		
Pi	اسم مقدم القدمة rovider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID f	نوپا Numl	رقم ال ber	القرابة Relation	الجنس Gender	ف إطراد العائلة Employees/Dependent	اسم الموظ	·
			568778423	0	0	2370	1048	67	EMPLOYEE	1	ALI SALEH ALI AL KHU	ZAEI	1
1. I accordance with 2. I cover the duri	eptance of my enro that (Saudi Enaya to collect any me- agree that (Saudi erage/claims in full contractual date or ing the contract.	lment will be on) has the right to dical information Enaya) has the r in case of no de before enrolling	formation are corre- the basis of such in contact the hospit needed to assess the ight to reject the claration of any case or adding a new in standing all points p	oformation al(s) I deal he risk(s). es prior to esured					ات اللتي أتعامل معها ند عدم الافصاح عن	الانسىال بالمستشفر 4 او التعطية كليا ع	: ومنت المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و : (شركة عناية السعوبية) ثها الحق في ك طبية قد تحتاج اليها تقييم المضاطر ركة عناية السعودية) في رفض المطالع المذكورة أحلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التحاة	پاتلٹ و أن الشركة رويدها بلي معلومان تي على أحقية (ش	1. أقر الب الإ الإ 2. أواة وح

to cover the cost of obesity surgery. Entity's stamp

1010095926 -.

this form and I agree that not marking any case is understood as

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

"Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

Employee Signature

توقيع الموظف

C.C1 14 /1/2

التاريخ

المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفى وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

3. أقر بالى قد قرأت و فهمت جموع ما جاء في هذا النموذج كما أنعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات

عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المغرطة

- (2) لا يحق لشركة التأسين طلب تموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحى
 - (3) في حال العلمة الأصافة تلجن أكثر بترتجنة نبوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صلحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Plea	ure that you and	orm correctly for I your family rece to your unified po	ive health care		-		2	راد اسرتك على خدماد	مان حصولك و افر	زى المؤمن له : قيات بتعينة هذا التموذج بالشكل المسجح لغرض التسمير و لط عاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوقيقة الموحدة	نامل
Ac	ddition	ېنىقة (2) 🗆	1	New	ىرد ك	+		Туре		الطب (1)	نوع
Po	olicyNo/CR :				سجل التجاري :	رقم الوثيقة/ ال	Entity	Name: Al:	salam	المنشأة :	_
13	Mobile No :	538010106			:	رقم الجوال	Emplo	yee Name :	ABU BAKR S	الموظفر: ULIMAN ABODA SULIMAN	السم
	10	Number			2350601	1320				نهرية	رقم ا
G	ender: 1	ئچتىن:	Nationality :	207		۴ الهنسية:	larital Sta	tus Marrie	ed 🗆 EJ	ة الاجتماعية: أعزب Single متزو	الدال
Plea (yes		of below cases by	r marking √ und	ler the wo	rd	No.	. 57		۽ تحت کلمة - تعم	الصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة ﴾ في المربع	يرجى اا
1	Any hosipital ad	imission during last	12 months?			E	1 0			هل تم التنويم بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟	. 1
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chror Urinary tract st	diagnosed with any d to: Autism, Beniq nic Hepatitis C, Gall ones, thyroid goiter mune diseases or I	gn Tumor, Cancer stones, Kidney fa , Cysts, fibroid ut	, Heart Ilure,		8	1 0		، حصوات العزارة	، هل تم تشخيصك باي من الأمراض العزمنة التالية فقط: التوحد، ا السرطان، أمراض القلب، الالشهاب الكيدي القيروسي المزمن سي للشل الكادي، حصوات العساك البوانية، تضم القرة الدرقية، التذ بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتحد.	, 2
3	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease,G6PDD	diagnosed with any editary diseases <u>lim</u> der, Thalassemia, I scephalus, spinal m Chromosomal abno eficiency, systicfibro Polycystic Kidney D	nited to: Cerebral nemophilla, metat uscle atrophy, gen ormalities, aucher sis, hemochromat	I palsy, solic nital 's		E	1 0	راش	يا، أمراض التمثيل عضام التناسلية، أم كيمسي	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية الشال الدماض، الضاوب الخاليا المنجلية، الكانسيميا، الهيموفوليا الغالس، استسقاء الرأس، ضمور العضائت الشوكي، تشوهات الأ والكروموسومات, موض غوشر, مرض التصر القولي، اللقيف الا بالهوكروماتوميس, مرض ويلمون, تكبين الكانيكين الخلقي الور	3
4		diagnosed with any aract, Glaucoma, C			25	E	1 0			هل ثم تشخيصك بياي من أمراض العين الثانية فقط: رمياه بيضاء، مياه زُرقاء، أمراض الغرنية أو أمراض الشبكية	4
5		diagnosed with any d to: Vertebral disc ment tears.				12	0		تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التائية فقط: الإنزلاق الخشروفي الديسك راف الصود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة		
6	Pregnant Fem Current single p Current multiple Expected delive	pregnancy pregnancy with prev pregnancy	vious CS delivery				0			<u>للأنش الحامل فقط :</u> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سابقة حمل حالي مع فيصرية سابقة حمل حالي متحدد الاجنة تاريخ الولادة المترفع	6
		dependents deta ve, piease declare			(In case of	a			. (بيشات الموظف والحراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في هالة الإجابة يتم اعلاه، الرجاه ذكر العائلة في الجدول امتاه	
Pr	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة Case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	اوزن Weight		رقم الهوية umber	القرابة Relation	الجشن Gender	اسم الموظف الغراد العائلة Employees/Dependent Name	,
			538010106	0	0	235060	01320	EMPLOYEE	1	ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التقويض :

- لقر أن البيانات و المعلومات المنكورة أعلاه كاملة و سمعيمة و يناه عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن التركة (شركة علية السعونية) لها العن في الانسدال بالمستشقيات الذي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تعتاج الهها لتقييم المخاطر
 - أواقق على أحقية (شركة عائية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الاقتصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاق أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان الحقد
 - 3. أقر يأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه لوقع
 - 4. عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المفرطة

Entity's stamp نوقي البرطن Date التاريخ Date التاريخ Date التاريخ العاملة المقاولات العاملة الع

- (1) Upon renewal of the port 9. The Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الوثسقة فانه لا بحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مصنى علیه (11)أشهر
- (2) لا يعن تشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد المدد عند اضافتهم على واثبقة التأمين الصحي المدن بة
 - (3) في حلل الحاجة الأضافة تايمين أكثر يتم تعيدة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



Addit	tion	إضافة (2)	Ne	w E	خدرت آ			Туре			(1)	ع الطلب	ie
Polic	yNo/CR:			- 1	أر السجل التجاري	رقم الوثيقا	Entity N	Name: Al sal	am			م المنشاة :	m)
	THE CONTRACTOR	94473235			بوال:	رقع ت	Employ	ee Name : G	GULAM NURAN	I MOHAMMAD J	AHIR	م العوظف:	اب
3777	Managara 250	lumber			237010507	0						بالهوية	
Gend	ler: 1	الجنس:	Nationality :	304		ıcM الجنسية	rital Stati	us Married	تزوج 🗆	- Single ☑	أعزب	للة الاجتماعية:	الد
		below cases by	marking √ unde	r the wor	d	Y No	نم Yes	هم -	ريع تحث كلمة ـ تـ	بوضع اشارة √ في الم	من الحالات أتناه	الاقصاح عن وجود أي	چی
/es):		ission during last	12 months?			Ø	п			شهر ۴	لهي لحلال الحر 12	هل تم التنويم بالمستث	1
0	lave you been di liseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Jrinary tract stor	agnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Gall:	of the following ch on Tumor, Cancer, stones, Kidney fails , Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø	0	i	س، حصوات المرار	منة الثانية فقطر التوحد ي الفيروسي المؤمن م تضفح الخدة الدرقية. ا ر التصلب المتحد	لّب، الالتهاب الكيد ك العسائك اليوثية.	،السرطان، أمراض الة	
F 0	Have you been di disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDcf	agnosed with any itary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, h ephalus, spinal mi hromosomal abno	of the following of lited to: Cerebral memophilia, metabouscle atrophy, genion mailties, aucher's sis, hemochromato	palsy, olic ital		Ø	0	ا آمراض	يلياء أمراض التعليا لأعضاء التناسلية، الكيسى	رائية أو التشوهات الخالة ية، الثلاميسياء الهيموة الت الشوكي، تشوهات ا التكسر القولي، التليف كيس الكليتين الخلقي ال	راب الخلايا المتجا أس، ضمور العند ض غوشر مرض	الشال الدماغي، اضط الغذائي، استسقام الر والكروموسومات, مر	
1	Have you been d limited to: Cata diseases.	agnosed with any ract, Glaucoma, C	of the following e Corneal diseases or	ye disease: Retinal	5	图	0			، التالية فقط: نية أو أمراض الشيكية		هل ثم تشخیصک پای میاه بیضاء، میاد ز	
	diseases <u>limited</u>	to: Vertebral dis-	y of the following b c prolapse, Scoliosi	ione is,		☑			الغضروفي النيسك	م النائية فخط: الإنزلاق ل أو تعزق الأربطة	من أمراض العظا ي، التهاب المقلص	، هل تم تشخيصك ياي راتحراف العمود اللفتر	
Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date							0				ة سايقة نة	للأنش الحامل فقط: حمل حالي جلين واهد حمل حالي مع قوصريا حمل حالي متعدد الأجا تاريخ الولادة المتوقع	
_	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the tab	be added	(In case of a				(*	افتهم 3 الحالة في الجدول أدنا	. العائلة العراد اض أعلاه، الرجاء ذكر	بيضات الموطف وغواد (في حالة الإجابة يتعم	
i,	res answer على اسم مقدم الخدم vider Name	ردنة دase	رقم طبوان Mobile No.	انطون Height	اورن Weight		رئم تهري umber	القراية Relation	الجنس Gender	100.000.000	الفراد المثلة s/Depende	nt Name	
00000			594473235	0	0	237010	5070	EMPLOYEE	1	GULAM NUR	ANI MOHAM	MAD JAHIR	
1. I h accep and ti with t 2. I a cover the co durin	tance of my enri- hat (Saudi Enaya to collect any me gree that (Saudi rage/claims in ful ontractual date of the contract. hereby confirm re	olment will be on i) has the right to dical information Enaya) has the ri I in case of no de- or before enrolling	claration of any cas or adding a new I standing all points	nformation al(s) I deal the risk(s). ses prior to nsured presented i				د عدم الافصياح عن الشباقة مؤمن له خلال	لاتصال بالمستشفية أو التغطية كايا عا أو قبل التسجيل أو بأن عدم اشارش ام	رنبة) لها الدق في ا لتقيم المخاطر) في رغش المطالبة	شركة عنابة السع بهة قد تحتاج اليها أعلية السعودية كررة أعلاء التتى ، جميع ما جاء في	قلت و أن الشركة (ويدها بأي مخومات ط ن على احقوة (شركا د أي من الحالات المذ سريان العلد باني قد قرأت و فهمت	أقر الدين اوافق الارة الارة

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الراسعة فأنه لا یحق تشر که طلب نموذج العساح لأي مزمن له مضى عایه (11) لشیر
- (2) لا بحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي الدو البدد عند اضافتهم على وثبغة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأمنافة تايمين أكثر بنم تعبئة سوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صنحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Pleas	Insured: e Fill out the for e that you and y red according to	our family rece	the purpose of pri vive health care se olicy benefit.	cing and t	0_		حات	و الغراد اسرتك على لمد	و اضمان حصولك و	: وذج بالشكل الصحيح لفر مان التسعير ، المطلوب حسب مثاقع الوثيقة الموحدة	ارعاية العسمية بالشكل	نا ا
Add	iltion	إضافة (2)	Ne	w 🛭	جنرن			Туре		(1)	ع الطلب	4
Pol	icyNo/CR:			1.	بقة/ السجل التجاري	رقم الوث	Entity N				سم المنشأة :	_
	AMERICAN STORY	98772338			الجوال:	زقم	Employ	ee Name: A	BDUL HANAN	ARSHAD ARSHAD	سم الموظف:	
		Number			2370837532						م الهوية	
Ge	nder: 1	ېنى:	Nationality :	104	:4	Mari الجنس	ital State	ıs Married	منزوج 🗆	اعزب 🖾 Single	نلة الاجتماعية:	-
Pleas	se declare any of	below cases b	y marking √ unde	the word		Y No	نم Yes	- 24	مربع تحت كلمة - نـ	من الحالات أدناه يوضع نشارة ﴾ في ال	الاقصاح عن وجود أي	يرجى
(yes			t 10 months			Ø	п		IBC MC	في خلال المر 12 شهر ٢	هل ثم الثنويم بالمستشا	1
2	diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	iagnosed with an to: Autism, Ben c Hepatitis C, Ga nes, thyroid goite	y of the following ch ign Tumor, Cancer, I llstones, Kidney failu er, Cysts, fibroid uter Multiple scierosis.	ieart ire,		M	п	1,	سيء حصوات المراة	ن الأمراض المزمنة الثانية لمقطر التوح ب، الالتهاب القيدي القيروسي المزمن، المسلك البولية، تضلم اللاة الدرقية، المناعة الذاتية أو التصلب المتعد.	،السرطان، أمراض الظ القشل الكلوي، حصوات	2
3	Have you been di disorder or here: Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, G	lagnosed with ar ditary diseases <u>li</u> er, Thalassemia, ephalus, spinal r Chromosomal ab ficiency, systicfib	ny of the following comited to: Cerebral phemophilia, metabonuscle atrophy, geninormalities, aucher's rosis, hemochromato.	oalsy, ilic tal		Ø	D	ل أمراض	قِيليا، أمراض التمثيرا الأحضاء التناسلية، والكيسي	من الأمراض الوراثية أو التشوهات المفا إلى الخلايا المتطبقة، الثلاث يميا، الهيمو س، منمور العضلات الشوكي، تشوها، ن غوشر, مرض التكسر القولي، التلوة مرض ويلمون، تكبس الكليتين التلقى،	الشئل التماشي، اضطر الفئاتي، استسقاء الرأ الكروموسومات، مرط	3
4	Have you been of limited to: Cata diseases.	liagnosed with a gract, Glaucoma,	ny of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		M	а			من أمراض العين الثالية فقط: فاء، أمراض الفرنية أو أمراض الشيكية		4
ş	Have you been of diseases limites Arthritis or Ligar	I to: Vertebral d	ny of the following b isc prolapse, Scollosi	onė s,		Ø		3	الغضروفي النيسك	من أمراض العظام الثقية فقط: الإدرائق ر، التهاب المفاصل أو تعارق الأربطة		5
6	Pregnant Femi Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with p pregnancy	revious CS delivery				a a				للأثش الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية حمل حالي متحد الأجنا تاريخ الولادة المتوقع	6
	Employee and	dependents de	etails that need to re the case in the tab	be added	(In case of a				(0)	العائلة المراد الضافتهم 3 علاد، الرجاد ذكر الحالة في الجدول أدا		
P	Yes answer abo اسم مقتم الخدمة rovider Name	ve, please declar الحلة case	رقم الجرال Mobile No.	الطول Height	فرزن Weight	پڌ ID Nu	رقم الهور mber	عفرية Relation	الچلس Gender	Employees/Depende	- Caranana an	,
			59877233B	0	0	237083	7532	EMPLOYEE	1	ABDUL HANAN ARSHAI	D ARSHAD	1
account and with 2.	eptance of my enr t that (Saudi Enay h to collect any mo I agree that (Saud verage/dlaims in fu	olment will be or a) has the right of edical information is Enaya) has the all in case of no d	information are corre in the basis of such in to contact the hospit in needed to assess to right to reject the lectaration of any case ing or adding a new I	nformation al(s) I deal the risk(s). ses prior to				ت اللكي العامل معها د عدم الإقصياح عن	الانعسال بالمستشفيان ة او التغطية كليا عند	، الملكورة اعلاء كاملة و مستيمة و به مركة عالية السعودية) لها الحق في بة قد تحتاج البها للقيم المضاطر عالية السعودية) في رفض المطالبا ورة أعلاء اللّتي نشأت قبل تاريخ التعال	بانات و ان الشركة 1. ويدها باي معلومات طبي ان على أدفية (شركة	 أقر البي تتر أواقو أواقو أوجو

Entity's stamp ترفيع الدولة (4) مرفيع الدولة Date التاريخ Date التاريخ ARSHAD

- (1) Upon renewal of the policy Orthogosurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in

Failure to fill the weight and height information will result in refusal

this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

during the contract.

to cover the cost of obesity surgery.

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوضعة فأنه لا يحق الشركة طلب تموذج الصماح لاي مؤمن له مضي عليه (11) لدير
- (2) لا بحق الشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبى للمواليد الجند عند المساقهم على وثبقة التأمين الصحي السارية

أفر بالني قد قرأت و فهمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتعهد بأن غدم اشارتي امام أي من الحالات

عدم تعينة ببيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقرطة

العذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تفي وجود ما يستحق الأقمساح عفه و عليه لوقع

- (3) لمي حال الحاحة الأضافة ثابعين أكار بتم تعبدة نموذج جديد
- (4) حدم تطابية فيام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



The second secon	and your family re ing to your unified	PROPERTY OF THE PROPERTY OF TH	services a	2_			رد الرب عي سد	مندن جموت و ء	لمك بتحيّة هذا التموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجير و ا 4 الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition	رضطة (2) D		New	N 774			Туре		شب (1)	نوع ال
PolicyNo/CR:				السجل التجاري:	رقم الوثيقة/	Entity	Name: Als	alam	ر قلشة	اسم 3
Mobile No :	581287707		501	ل:	رقم الجوا	Employ	yee Name :	MUHAMMAD J	موظفر: AMIL RAMZAN	اسم ا
	ID Number			23153120	062				رية	رقم الو
Gender: 1	من:	المِنَا Nationality :	321		Mar الجنسية:	ital Stat	tus Married	تردج 🗆 ا	لاچتماعية؛ أعزب ⊠ Single ما	الدالة
Please declare a yes) :	ny of below cases	by marking √ unc	ler the wo	rd	No.	نم Yes	-	يع كحث كلمة - تعم	ساح عن وجود أبي من الحالات أنناه بوضع اشارة لا في العر	جي الاأ
Any hosipita	al admission during la	ast 12 months?			M				تم التنويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	A
diseases <u>lin</u> Diseases, C Urinary trac	een diagnosed with a nited to: Autism, Be hronic Hepatitis C, G it stones, thyroid goit toimmune diseases o	nign Tumor, Cancer allstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid u	, Heart Ilure,		Ø	0		ي، خصوات العرارة	ن تم تشخيصك بأي من الأمراض العزمنة التناقية فقط: التوجد مرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي العزمن س لمل الكاوي، حصوات العمالك البولية، نصفم الفدة الدراية، ا بحم، الفتق. أمراض المناحة الذاتية أو التصلب المتحد.	di. Adh
disorder or Sickle cell d diseases, H malformatic disease, G6	een diagnosed with a hereditary diseases I lisorder, Thalassemia ydrocephalus, spinal ons, Chromosomal ab PDDeficiency,systicfib ase,Polycystic Kidney	Imited to: Cerebra , hemophilia, metal muscle atrophy, ge mormalities, aucher prosis,hemochromat	l palsy, polic nital		Ø	0		يلياء أمراض التمثيل الأعضام التناسلية، أ الكوسي	ل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخالة شكل الدماشي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموة فظاهي، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات لكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكمر القولي، الثليف فيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي 8	3
	een diagnosed with a Cataract, Glaucoma,			5	Ø	0			هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الثرنية أو أمراض الشيكية	
diseases <u>lin</u>	een diagnosed with a nited to: Vertebral d Ligament tears.				83	0		الفضروفي النيسك	فل تم تشخيصك يأي من أمراض العقام التاقية فقط: الإنزلاق نحراف العمود الفقري، التهاب المغاصل أو تعزق الأريطة	3 I
Current sin	emales only: gle pregnancy gle pregnancy with pr tiple pregnancy elivery date	revious CS delivery	3			الله فقط : جنين واحد مع قبصرية سابقة متحد الأجنة المتوقع				
	and dependents de above, please declar			(In case of a	•			(»և	بالت الموظف وافراد العائلة العراد اطنافتهم 3 في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدا	
	ندنة	رقم الجوال Mobile No.	ائطول Height	الوزن Weight	برية ID Num	رقم تغ ber	القرابة Relation	تينس Gender	اسم الموظف القراد المقلة Employees/Dependent Name	e
اسم مقدم الخدمة Provider Name	case	Control of the Contro								

during the contract.

Employee Signature

توقع الموظف AMZAN

أقر بأتي قد قرأت و فيمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشاركي لعام أي من العالات

عدم تعينة بهذات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقرطة

المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع

14/15

فترة سريان العقد

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

this form and I agree that not marking any case is understood as

"Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب تموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصمعي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب الحل بالتوقيع بدلا عن المؤمن ته



	in ca docoraina	to your unified	policy benefit.							ب حسب منافع الوثيقة الموحدة	اية الصحية بالشكل المطلو	الرع
A	ddition	إضافة (2) 🗆	1	New	ندئة 🛭			Туре			اطنب (1)	نوع ال
P	olicyNo/CR :				لسجل التجاري :	رقم الوثيقة/ ا	Entity	Name: Als	alam		المتشاة 1	اسم ا
	Mobile No :	581192250			t)	رقم الجوا	Emplo	yee Name :	MOHAMMAD N	MUNIR ANWAR	الموظفية	أمنم (
	10	Number			2314877	826				<u> </u>	هوية	رقم ال
G	ender: 1	نىن:	Nationality :	321		M الجنسية:	orital Stat	tus Married	i 🗆 E.17	عزب 🗵 Single مت	الاجتماعية: ا	الدلة
	ase declare any s) :	of below cases	by marking √ und	ler the wo	rd	Y No	نم Yes	5	يع ثحث كلمة ، تعم	مالات أنناه بوضع اشارة √ في المر	فصاح عن وجود أني من الد	جی الاا
1	Any hosipital ac	mission during ta	st 12 months?			Ø	0			ثل لغر 12 شهر ؟	ل تم الثنويم بالمستشفى 45	4
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chror Urinary tract st	d to: Autism, Ber nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goit	ny of the following on high Turnor, Cancer, allstones, Kidney fal er, Cysts, fibroid ut r Multiple scierosis.	, Heart Ilure,		Ø			ي، حَصُوات الْعَرَارَةُ	مراض المزمنة التالية قفط: التوحد التهاب الكبدي الطيروسي المزمن مـ للك اليونية، تضغم الغدة الدرقية، اا عة الذاتية أو التصلب العتعد.	لمرطان، أمراض القلب، الا نشل الكلوي، حصوات العم	di. M
3	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	ditary diseases <u>li</u> der, Thalassemia cephalus, spinal Chromosomal ab	ny of the following i mited to: Cerebral hemophilla, metat muscle atrophy, gen normalities, aucher rosis, hemochromat Disease.	l palsy, polic nital 's		Ø	0		يليا، أمريض التعثيل لأعضاء التاسلية، أ الكيمس	أمراض الورائية أو التشوهات الخلة خلايا المنجلية، الثلاميمية، الهيموة، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات ا وشر، مرض التكسر القولي، التلية، و ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي ال	لشلل التماغي، اضطراب ا الغذائي، استسقام الرأس، د إلكروموسومات, مرض غ	2
4			ny of the following Corneal diseases o		15	ы	0			مراض العين التائية فقط: أمراض القرنية أو أمراض الشيكية	هل تم تشخيصك ياي من أ مياه بيضاء، مياه زرقاء،	
5		d to: Vertebral d	ny of the following i sc prolapse, Scolios			Ø	0		الغضروفي النيسك	مراض العالم التالية فقط: الإلزلاق نهاب المفاصل أو تمزق الأربطة		NO. 1
5	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multipl Expected delive	oregnancy oregnancy with pr e pregnancy	evious CS delivery				0			ži	الأنش المامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سابا حمل حالي متحد الأجنة غريخ الولادة المقوقع	
			tails that need to		(In case of	a		85===== 11=	(a)	لة المراد اضافتهم 3 ، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدة	يباثات الموظف والأراد العاد الحر حالة الإجابة بنعم أعلاء	5.7
	اسم مطلم الخلمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن		رقم الهور	القراية	الجثس	د العللة	اسم الموظف إنقراد	-
P	rovider Name	case	Mobile No. 581192250	Height 0	Weight 0	ID Nu 231487		Relation EMPLOYEE	Gender 1	Employees/Deper		1
1. I account with 2. I cover the duri 3. I this	eptance of my enr that (Saudi Enay, to collect any me agree that (Saudi erage/dalms in fu contractual date or ing the contract, hereby confirm in form and I agree thing requires dec	olment will be on a) has the right to edical information (Enaya) has the of Il in case of no de or before enrolling eading and under that not marking	claration of any cas or adding a new In standing all points p any case is unders on on these basis.	nformation (al(s) I deal the risk(s). ses prior to nsured presented in	n.			ت اللّتي أتعلمل معها لا حدم الأقصناح عن اضعافة مؤمن له خلال	الاتصال بالمستشفرا بة او التنطية كليا حا ك او قبل التسجيل أو . بان عدم اشارتي اه	ذكورة أعلاه كاملة و صحومة و و له عناية السعودية) لها الحق في ية السعودية) في رفض المطالة أعلاه اللتي نشات قبل تاريخ المعالة اعلاه اللتي نشات قبل تاريخ المعالة ع ما جاه في هذا التموذج كما أتمهد و وجود ما يستحق الأفصاح عنه و رن سبودي الى رفض تفعلية تكالية	تات و أن الشركة (شركا ريدها بأي معلومات طبية ق بن على أحقية (شركة عنا د أي من الحالات المذكور، سربان العقد بشي قد قرأت و فيمت جمو	افر أ البيا البيا البرافق وجوء فقرة فقرة الفر ب

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تعديد الوشعة فأنه لا بحق للشركة طلب نموذج الصباح لأي مومن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب دموذج انساح طبي المواليد الجدد عند اضافتهم على واثبقة التأمين الصحى السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد.
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



o that you and	your family receiv	ne purpose of pric re health care ser icy benefit.	vices as	Š.		قدمات	و الغراد استرئك علمي ذ	ر و لضمان حصولك ة	المسحوح لغرض التسع ب مذافع الوثيقة الموحد	عن تمطوب هند		_
	إضافة (2) 🗆	1000000	v Ø	4 ¹⁴			Туре			(1)	3,200,000	
	ACCOUNTS OF THE PARTY OF THE PA		: 0	لليقةار السجل التجار	ا رقم الوا	Entity Na	M1117-	Control Control			اسم المنشاة :	-
			1.50			Employe	e Name : M	ина даммани	MUCAA 11A DA			-
lopile ivo .				2315315255								_
-		Nationality: 3	21	:4,	Marit الجنس	al Statu		متزوج 🗆	Jiligic			
					No No	نم Yes	ثعم ۔	المريع تحت كلمة	ناه بوضع اشارة له في	أي من الحالات أن	ى الاقصاح عن وجود	N.Fe
):					54	п			12 شهر ۲	متشقى خلال المر إ	هَلُ تُمِ النَّدُويِمِ بِالْمِي	1
					100						1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	
diseases limited Diseases, Chron	d to: Autism, Benigi nic Hepatitis C, Galls ones, thyroid goiter,	n Tumor, Cancer, H stones, Kidney failur , Cysts, fibroid uten	re,		Ð		\$ j	ن سي، حصوات المرار ة، التكيسات، ورم ليق	كيدي القيروسي العزمر ية. نضخم الغدة الدرقي أو التصلب المتعدر	الفُلْب، الالتهاب ال وات المسالك البول ض المناعة الذائية	،السرطان، أمراض القشل الكاوي، خصو بالرحم، القتق، أمراه	2
Have you been disorder or hen Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	diagnosed with any editary diseases <u>lim</u> rder, Thalassemia, h ocephalus, spinal mi , Chromosomal abno deficiency, systicfibro	of the following con nited to: Cerebral pro- nemophilia, metabol uscle atrophy, genitor primalities, aucher's ssis,hemochromatos	salsy, ilic tal		Ø	D	ل أمراض	وفيليا، أمراض التمثيا ك الأعضاء التناسلية. ف الكند	جاية، الثلاسيميا، الهيه ضلات الشوكي، تشوها ض التكسر القولي التن , تكيس الكليتين الخلط	حقراب الخلايا المة الرأس، ضمور الع مرض غوشر, مرة ب, مزض ويتسون,	التشال الدماغي، اط الغذافي، استسقام ا والكر وموسومات, وهيموكر وماتوميور	3
Have you been limited to: Ca	diagnosed with any	y of the following ey	ye diseases Retinal		Ø	0		بة	ين التالية فقطر قرنية أو أمراض الشيك	اي من أمراض اله زرقاء، أمراض ال	هل تم تشخرصك و مراه بیضاء، مراه	1
Have you been diseases [lmit	ed to: Vertebral disc	y of the following bo c prolapse, Scollosi	one s,		図	п		ن الفضروفي النيسك	قام التالية للفطر الإنزلار صل أو تعزفي الأربطة	ي من أمراض العا أربي، التهاب العقاء	، هل ثم تشخیصک یا ,الحراف العمود الفا	
Pregnant For Current single Current single Current multip	males only: e pregnancy e pregnancy with pre ple pregnancy	zvious CS delivery				0				دد ية سايقة جنة	حمل حالي جثين والد حمل حالي سع قيصر، حمل حالي متحد الأو	
Employee at	nd dependents det	tails that need to	be added	(In case of a				(%)	نسافتهم 3 تر الحالة فمي الجدول أد	اد العائلة المراد اد م أعلاد، الرجاء ذا	بيانات المواقف و افر. (في هالة الإجابة ينم	
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول الطول Height	الوزن Weight			القرابة Relation	الجنس Gender	Employees			
Provider Name	case	100000000000000000000000000000000000000	0	0	231531	5255	EMPLOYEE	1	минамма	D AHMAD AL	MUCAA 1	1
occeptance of my on and that (Saudi En with to collect any	enrolment will be on naya) has the right to medical information and Fnaya) has the	nformation are corre in the basis of such in to contact the hospit in needed to assess tright to reject the	information tal(s) I deal the risk(s).				، اللكي أنعامل معها عند الاقد اند من	الاتصال بالمستشفوات ة لو الكفيلية كاما جاد	ونية ﴿ لَهَا الْمَقَ فِي الْتَقِيمِ الْمَخْطَرِ ﴾ في رفض المطال	ات المنكورة أعلا أشركة عالية السع لبية قد تحتاج اليها ة عالية السعونية	بعت و ان الشركة -1 ويدها باي معاومات ما ان خلى أحقية -(شركة	افتر ار البياد التزو لوافق لوافق
	red according to litton licyNo/CR: lobile No: ID moder: 1 se declare any of litton Any hosipital addition diseases limited by littory and liseases, Chrono Urinary tract store Hernies, autoim Have you been diseases, Hydromalformations, disease, GSPDD Wilson disease, Hydromalformations, disease, GSPDD Wilson diseases, Have you been limited to; Cardiseases. Have you been limited to; Cardiseases limited limit	red according to your unified policition (2) الخيار المنافع المنافع	red according to your unified policy benefit. Rition (2) الخياة New IcyNo/CR: Robile No: 530933258 ID Number Inder: 1 : النجاب Nationality: 3: See declare any of below cases by marking v under I: Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chr diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, H Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failur Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uten Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following condiscases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genit mailformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDefficiency, systicfibrosis, hemochromatos Wilson diseases, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following endimited to: Cataract, Gloucoma, Corneal diseases or diseases limited to: Cataract, Gloucoma, Corneal diseases or diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scollosi Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date Employee and dependents details that need to Yes answer above, please declare the case in the tat with the pregnancy of the contact that need to Yes answer above, please declare the case in the tat of the contact the hospital of the collect any medical information needed to assess of the toxic contact the hospital that collect any medical information needed to assess in the task (Saudi Enava) has the right to contact the hospital that collect any medical information needed to assess that (Saudi Enava) has the right to contact the hospital that collect any medical information needed to assess that (Saudi Enava) has the right to contact the hospital that collect any medical information needed to assess that (Saudi Enava) has the right to contact the hospital that collect any medical information needed to assess that the collect any medical info	icyNo/CR: Cobile No: 530933258 ID Number Index: 1 Index:	red according to your unified policy benefit. Ition (العلية) New (المجاولة) Ition (العلية) New (المجاولة) Ition (Ition	icyno/CR: : : יוייייייייייייייייייייייייייייייי	red according to your unified policy benefit. Itition	Rition (2 كيات) New (بيات المهادي ا	itition (2) الكتاب New التراقيق التراقيق Entity Name : Al salam Employee Name : MUHAMMAD AHM Amount of the following chronic diseases Muhammad Amount of the following bone Muhammad Amount of the	الزامة الالالالا الالالالالالالالالالالالالال	reside according to your unified policy Selection. Island	الثان الثا

- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر بأني قد قرأت و فهمت جموع ما جاء قي هذا اللموذج كما أتعهد بأن عدم اشترتي اسام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصماع عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الرزن سيودي الى رفض تغطية نكاليف عمارة جراحة السعنة المغرطة

to cover the 4	The same			
Entity's stamp	Employee Signatur	و (4) وقع الموطف	Date Çujûl	
	للمقاولات العامية	MUTUA	c, c1 /1/1/2	
	1010095926 - 10100955 a declar	۱۱)نبر (11)نبر	لحنيد الوتسقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مضمي عليا	144

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذح العساح طبي للمواهيد البعدد علد امتحاقهم على واليقة التأمين المسحى
 - (3) في حال الساجة الأطباقة كالعين أكثر يتم تعينة نعوذج جديد
 - (4) عدم تطاعية قيام ساعب العمل بالتوقيع بذلا عن المومن له



	غريزي المؤمن 4 ; نأمل قبامك بتحية هذا النموذج بالشكل المسجيح لغريض التسع الرعاية المسجية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوثيقة الموجد	ر و لضما <i>ن حصواك</i> :	ه و افراد اسرنگ علی .	دمات		-	ng and to vices as	e health care ser	our family receive	ar Insured: lase Fill out the form sure that you and yo quired according to				
\dashv	وع الطلب (1)		Туре		-	2924	Ø	New	(ف الله (2)	in the second se				
	اسم المتشاق :	m	me: Al sala	Entity N	ا اندال	الوثيقة/ السجل الثجار		77		Radition				
8	اسم العوظف: UL BABUL	DHAMMED SAI				ويب راعمين سيبر قم الجوال:	- 4.		7.76.55	PolicyNo/CR:				
-	قم الهوية					2315382693			3470155	Mobile No.				
1	حلة الإجتماعية: اعزب Single 🗹 اعزب	ستزوج 🗆	s Married	al Statu	Marit الجنا			Nationality: 30	umber					
H.F	ل الاقصاح عن وجود أي من للحالات أدناه پوضع اشارة له في	المربع تحت كلمة .	نم ـ	نم Yes	Y No					case declare any of				
1	هل تم التقويم بالمستشلق غلال الهر 12 شهر 7			п	120			2 months?	ission during last 17	es):				
2	 ، هل كم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة الثانية قضا: النا ، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيروسي المزم القشل الكاوي، حصوات المسلك اليولية، تضغم اللادة الدرقي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدر. 	، سي، حصوات المرا أ، التكيسات، ورم لية	5.0	а	Ø		eart e,	f the following chr Tumor, Cancer, H ones, Kidney failur Cysts, fibroid uters	agnosed with any of to: Autism, Benign : Hepatitis C, Gallsto cs, thyroid goiter, C ume diseases or Mu	Have you been dis diseases <u>limited</u> : Diseases, Chronic Urinary tract ston				
3	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشويمات ا الشاق الدماغي، الضطراب الفلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيد الفنائي، استمقاء الرأس، ضمور العضائات الشوكي، تشوها الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التصر القولي التا بعموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الفلق	وقيلها، أمراض الثمث 4 الأعضاء التناسلية ف الكيمير	فل • آمراض	0	M		alsy, c al	ted to: Cerehral p mophilia, metabol scle atrophy, genit malities, aucher's is,hemochromatos	agnosed with any oi itary diseases <u>limit</u> er, Thalassemia, her ephalus, spinal musi hromosomal abnom iciency, systicfibrosis plycystic Kidney Dise	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroor malformations, C disease,G6PDDef				
4	هل ثم تشخيصك ياي من أمرانش العين الثالية فقط: مياه بيشاء، مهاه زرقاء، أمراش القرنية أو أمرانش تشب			0	Ø		e diseases tetinal	of the following ey	lagnosed with any o ract, Glaucoma, Cor	Have you been di				
5	 « فل تم تشخيصك بأي من أمراض شعاتم التاتية فقتر: الإنزيانية المحرد الفقري، الثهاب المفاصل أو تعزق الأربطة 	ل الغضروفي النيسك		0	N		ne r	of the following bo prolapse, Scollosis	lagnosed with any o to: Vertebral disc p nent tears.	diseases limited				
6	للأشى الدامل قلط : حمل حالي جنون واحد خمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعد الاجهة تاريخ الولادة المتوقع			3	0		Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date							
	بيانات الموظف والحراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نكر الحالة في الجدول ا	(دان	ne-M-			In case of a	e added (ils that need to t	dependents detail	Employee and				
•	اسم العوظف إطراد العائلة Employees/Dependent Name	الوشن Gender	القرابة Relation	رقم الهو nber	رية ID Nun	الرزن Weight	الطرل Height	رقم الجوال Mobile No،	لحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name				
1	MOHAMMED SAIFUL BABUL	1			2315382	0 3	0	503470155	W102	. Zovide Heime				

<u>Undertakings:</u>

- I hereby undertake that all above information are correct and the
 acceptance of my enrolment will be on the basis of such information
 and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal
 with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيئات و المطومات المذكورة أعلاء كانلة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتر على أساس هذه البيئات و أن الشركة (شركة عالية السعودية) لها الدق في الاتصال بالمستشفرات اللتي أتعامل معها للتزويدها بأي معلومات طبية قد نستاج البها لتقيم السندلمار
 - 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض السطالية أو التنطية كليا عند عدم الاقصماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اصطفة مؤمن له خلال قدرة سريان العقد
 - أفر بأتي قد قرأت و قيمت جميع ما جاء في هذا التموذج تما أتعهد بأن عنم اشارئي امام أي من الحالات العذكورة أعلاء يعتبر بعثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بهانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة العاوطة

	Control of the Contro					
Entity's stam	سلام النخبة	Employee Signature	(4)	توفع الموظف	Date	الكريخ
	سلام البحبه	BAB	SUL		C, C1	17118

- (1) Upon renewal 6110 0015 9 166 insures shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الوئسقة قانه لا بحق الشركة طلب نموذج الصاح لأي مؤمن له سنسي علیه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افعماح طبي للمواليد الجند عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة ثابعين أكثر وتم تعيدة تعوذج جنود
 - (4) عنم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



	ed according to yo	إضافة (2)	New	図	· 사수			Туре		(1)	PROPERTY IN	
	icon			: 45	رشقة/ السجل التجا	ا رقم الو	Entity Na	me: Al salan			اسم المنشأة : أسم الموظف:	-
	cyNo/CR:	096795			م الجوال:	3)	Employe	e Name : IMA	MUDDIN SHA	MSHUDDIN MIYAN	الم الهوية إقد الهوية	_
М	obile No : 502			1 2	315385787				ستروج 🗆	اعزب Single 🗹 اعزب	لدلة الاجتماعية:	h
_	nder: 1		Nationality: 30	5	بية:	Marit تجنہ	tal Status	s mailled	V-7-	Singic		
	se declare any of b					Y No	نم Yes	- نعم -	العربع شمت كثمة	بن الحالات أدناه يوضع اشارة إ- في		T
(es)			914.000000			Ø	0			ى لحلال الحر 12 شهر ؟	هل تم النثويم بالمستشة	1
2	Any hosipital admis Have you been dia- diseases limited to Diseases, Chronic Urinary tract stone	pnosed with any on the second of the second	of the following chr Tumor, Cancer, Ho Lones, Kidney failur Cysts, fibroid uten	e,		R	п			ن الأمراض العزمنة التلقية قفط: التن ** الانتهاب الكيدي المقرومين العزمن المصملك البوانية، تضفع الخدة الدرقية لعناعة الذانية أو التصلب العتجور	المنزهان، امراض الظر القشل الكلوي، حصوات	2
3	disorder or heredii Sickle cell disorder diseases, Hydroce malformations, Ch disease, G6PDDefi- wilson disease, Po	gnosed with any ary diseases <u>limi</u> . Thalassemia, h phalus, spinal mu romosomal abno ciency, systicfibro lycystic Kidney Di	of the following con ted to: Cerebral page of the control of the cerebral page of the cerebr	aisy, ic al is,		Ø	0	ئيل د امراض	ولحيثياء أمراض الله 4 الأعضاع التقاميلية ف الكان	ن الأمراض الورائية أو التشوهات ال ب الخلايا المنجارة، الثلاميمود، الهيم ب. منسور العشانات الشوكي، تشوهات بـ غوشر, مرض التصير القولي التلي بض ويلسون, تكيس الكليتين الفلقي	فسنل اللماعي، اضطراء الخاني، استسقاء الرأس بالكروموسومات _، مرض بهيموكروماتوسوس _، عر	13
4	Have you been di limited to: Catar diseases.	agnosed with any act, Glaucoma, C	of the following ey orneal diseases or	Reunai		Ø	0			ن أمراض العين الثانية فقط: 4- أمراض الطرنية أو أمراض الشبكي	مناه بیضاء، میاه زرقا	+
5	Have you been di diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligam	to: Vertebral disc	of the following be prolapse, Scollosi	one s,		Ø	0		الغضرواني الديسك	, أمراض العظام التائية فقط: الإنزلاق التهلب المقاصل أو تعزق الأربطة	رانحراف المعود الققريء	-
6	Pregnant Fema	les only: egnancy egnancy with pro	vious CS delivery				0			بيتة	الأنشى الصامل فقط : همل حالي جنون واحد حمل حالي مع قيصرية س همل حالي متعدد الأجنة تريخ الولادة المتوقع	
-	Expected deliver	denendents det	ails that need to	be added	(In case of a				(*	تلة المراد الضافتهم 3 ه، الرجاء ذكر الحاتة في الجدول ادنا	بيالات الموظف والخراد العا (في حالة الإجابة يتمم أعلا	1
	امنع مقدم الخدمة	re, please declare تحت case	the case in the tal رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight		رقم الهوريا umber	انقرابة Relation	الوئس Gender	Employees/Depen		
3	Provider Name	Case	502096795	0	0	231538	85787	EMPLOYEE	1	IMAMUDDIN SHAMSH	UDDIN MIYAN	
	ndertakings: . 1 hereby undertake cceptance of my eni	that all above in	formation are corre	ect and the			13	طلب سيتم على أساس ه	اء عليه فان قبول ال	نگورة أعلاه كالملة و صحوحة و بنا ة عناية السعودية) لها الحق هي ال	ارار و التطویض : ن البیانت و المعلومات الد د از داد من (د م	اقر ان

- with to collect any medical information ne
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. 1 hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنطية كاليا عند عدم الإقصاح عن وجود أي من الحالات العاكر و أعلاه اللتي تشك قبل تاريح التعاقد أو قبل التسجيل أو اهساقة مؤمن له خلال الترة سريان العقد
 - أقر بأتي قد قرأت و قهمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أتعهد بأن حدم الشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثلبة نفي وجود ما يستدق الأفصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة ببلنات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف صلية جراحة السمنة المغرطة

4 4 4 4 4			30 U S S	Date	التاريخ
Entity's stamp	Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	C. C\	14114
المتاولات العامة	M	NAY		_,_,	عند كجديد الوئسقة قائم لا يحق للشركة طائب نموذج
1010093976	Lest request a declaration		يە(11)ئىير	اقصداح لاي مؤمل له مضور عا	به د سه ده ، یعق سر که علی بودج

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy-(3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الفصاح طبي الموالية الجند علد اضعائتهم على وثبقة التأمين العسمي
 - (3) في حال الحاجة الأنساقة تابعين أكثر بتم نعبئة تموذج جديد
 - (4) حدم نظامیة قیام صاحب العمل بالترقیع بدلا عن المومن له



ensu	re that you and	m correctly for t your family recei your unified po	he purpose of pr ve health care se licy benefit.	rvices as	0_		مات	. افراد اسرتك على لا	و لضمان حصوك و	ل قيامك بتعينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و رعاية المسعية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	دا. لار
	dition	إشاقة (2)	Ne	w E	خديد			Туре		ع الطلب (1)	نو
-	licyNo/CR:				قة/ السجل التجارى	رقم الوثي	Entity N	ame: Al sal	am	م المنشاة :	-1
1000		551299789			اجوال:	رقما	Employ	ee Name: A	BDELHAFIZ KA	سم الموقف: CEMAHOM JAMA	
_	ATTOMINATION	Number			2338300474					۽ الهوية	17.5
Ge	ender: 1	الهنس:	Nationality :	305	1,5	Mar الجنس	ital Statu	ıs Married	متزوج □	الة الاجتماعية: أعرّب Single 🖾 S	الد
Plea (yes		f below cases by	marking √ unde	r the word		Y No	نعم Yes	هم -	مريع ثحث كلمة ـ ث	الالمصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة ﴾ في ال	برجی
1		nission during last	12 months?			Ø				هل تم التقويم بالمستشقى خلال اخر 12 شهر ٢	1
2	Have you been diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	lagnosed with any I to: Autism, Benig c Hepatitis C, Galle	of the following ch in Tumor, Cancer, I stones, Kidney failt , Cysts, fibroid ute	Heart ire,		M	0	ş	سرره حصوات المرار	، هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد ، السرطان، أمراض القاب، الالتهاب الكيدي القيروسي المزمن الفشل الفقوي، حصوات المعباك اليولية، تضغم الغدة البرقية، بالرحم، الملقي، أمراض المناحة الناتية أو التصلي، المتعدر	2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDo	ditary diseases <u>lim</u> der, Thalassemia, t cephalus, spinal m Chromosomal abos	of the following or atcd to: Cerebral memophilla, metabouscle atrophy, genior malities, aucher's sis, hemochromatouscase.	palsy, slic ital		21	0	ئ آمراض	قيلياء أمراض التمثيا الأعضاء التشاسلية، - الكوسى	هل تم تشغيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخا اشتال المعاشى، اضطراب الفلايا المتوقية، الثانسيسيا، الهيمو المخالي، استسقاء الرأس، فسور العضلات الشوكي، تشعوها، الخالي، استسقاء الرأس، فسور العضلات الشوكي، تشعر التلفق الميموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين المخلقي،	3
4	Have you been limited to: Cat diseases.	diagnosed with any aract, Glaucoma, C	of the following e Corneal diseases or	ye disease: Retinal	ê	図	0		4	هل ثم تشخیصك باین من لمراض العین التائیة فقط: مهاه بیضاء، میاد زرفاه، أمراض الغرنیة أن امراض الشیكیا	4
5		d to: Vertebral dis	y of the following b c prolapse, Scoliosi			Ø	П		الغضروفي الديسك	 «قا ثم تشخیصك باي من أمراض قعظام الثانية قفظ الإنزلاق إنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة 	5
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pre e pregnancy	vious CS delivery				0			للأنش الحامل فقط : حمل حالى جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سنيقة حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6
	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the tab	be added	(In case of a			// 1000 = ===0	(6)-	بينات الموظف وافراد العائلة المراد الشاطنهم 3 إفي هالة الإجابة يقع أعلاء، الرجاه فكر العالة في الجدول أنذ	
p	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	نية ID Nu	رقم لهر mber	عترب Relation	الجنس Gender	اسم الموقف لافراد المائلة Employees/Dependent Name	*
		5000		0	0	2338300		EMPLOYEE	1	ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 1 agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

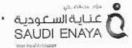
الاقرار و التقويض :

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و سمومة و بناه عليه فأن قبول المثلب سوتر على أسلس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها للحق في الانسسال بالمستشفرات اللتي أتعامل معها تقروبذها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها لتقبيع المخاطر
 - أواقق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الاقتصام عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو امضافة مؤمن له خلال فترة مدر بان المقد
 - أقر بأتي قد قرأت و فيمت جموع مأ جاء في هذا النموذج كما أشهد بأن عدم اشترتي اسلم أي من المالات.
 المذكورة أعلام يعقبر بمثابة ففي وجود ما يستمق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراسة السمنة المفرطة

Entity's stamp Zince | Employee Signature | Employe

- (1) Upon renewal of the Quita 9 & Ginsurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) حد تجديد الواتسقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج اقتساح لأي مومن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا بحق الشركة التأمين طالب نعوذج العساخ طبي الموالية الجند عند النسائقهم على وثيقة التأمين العسمى السارية
 - (3) قي حال العاجة الأضافة تابعين لكثر يتم تعبنة نعوذج جنيد
 - (4) حدم نظامية قوام صاحب العمل بالتوقع بدلا عن المؤمن له



nsure that you and you	ur family recei	the purpose of pr ive health care se licy benefit.	rvices as	0_		دمات	ر افراد اسرتك على لما	لضمان حصولك و	<u>زى العومن له</u> قيات بتعينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لعرض التسعير و ا عاية العسمية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	نامل
	إضافة (2) [Ne	w E	خوات			Туре		الطتب (1)	نوع
				ثيقة/ السجل التجاري	رقم لاو	Entity N	ame: Al sal	am	المنشأة :	سم
PolicyNo/CR: Mobile No: 502	2187393		_	الجوال:		Employe	ee Name : E	LAGEED DAF	الموظف: AALLA ALI MOHAMED	امتم
Pioblic tto t	ımber	- 1		2346429422					لهوية	رقم ا
Gender: 1		Nationality :	304	:4	Mari الجنب	tal Statu	s Married	_ E13	ة الاجتماعية: أعزب 🏿 Single مت	الحال
lease declare any of b	***************************************		r the word	ı	Y No	نم Yes	مر -	يع تحت كلمة ، ت	فصاح عن وجود أي من الحالات أنناه يوضع اشارة له في المر	يرجى ال
	elen during last	12 months?			Ø				ل ثم التنويم بالمستشفى خلال اعر 12 شهر ؟	. 1
Any hosipital admis Have you been diag diseases limited to Diseases, Chronic I Urinary tract stone: Hernias, autoimmu	gnosed with any o: Autism, Benic Hepatitis C, Gall s, thyroid goiter	of the following ch gn Tumor, Cancer, I stones, Kidney failur, Cysts, fibroid ute	Heart ire,		Ø	0		ي، حصوات المرار	هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة الثانية فقطر التوحد اسرطان، أمراض الطّب، الإنتهاب الكيدي القيروسي المزمن سر لشّل الثلوي، حصوات الممثلك اليولية، تضغم اللاة الدرقية، الأ لرحي، الفتق، المراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعد.	3 2
Have you been dia disorder or heredit Sickle cell disorder diseases, Hydrocej malformations, Chi disease, G6PDDefic Wilson disease, Pol	ary diseases <u>lin</u> , Thalassemia, i phalus, spinal m romosomal abn sency,systicfibro	nited to: Cerebral hemophilia, metabo nuscle atrophy, gen ormalities, aucher's osis,hemochromato	oalsy, ilic tal		Ø	0	ن آمر اض	لياء أمراض التمثيا أعضاء التناسلية، الكيسى	هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو النشوهات الخلق الشلل الصافحي، اضطراب الخلايا العنجابية، الثلاث يميا الهيموليا الخاتي، استعادم الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الا الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر المفولي، الثليف ا يهموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الو	
Have you been dia limited to: Catara diseases.	ignosed with an	y of the following e	ye diseases Retinal		Ø	٥			هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: معياه بهضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	
	to: Vertebral dis	y of the following b ic prolapse, Scolios			Ø	0		غضروفي الديسك	هل تم تشخيصك بأي من أمراش العظام التثلية فقط: الإنزلاق ال تحراف العمود الفقري، النهاب المفاصل أو تمرق الأربطة	
Fregnant Femals Current single pre Current single pre Current multiple p Expected delivery	es only: gnancy gnancy with pre pregnancy	evious CS delivery			0				الثانقي المدامل فقطع: معلى حاليي جانين واحد معلى حالي مع فيسرية سابقة معلى حالي متحد الأجنة زيخ الولادة المتوفع	
Employee and d	ependents det	tails that need to	be added	(In case of a				(قات الموظف والحراد العائلة المراد اضافتهم 3 في هانة الإجابية بقعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	رپة ID Nur	راَم ٹپر nber	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الدوظف إلقراد الدلثة Employees/Dependent Name	
I SIM MANAGEMENT CONTROL	170.520	502187393	0	0	2346429	422	EMPLOYEE	1	ELAGEED DAFAALLA ALI MOHAMED	1

توقع الموظف Employee Signature Entity's stamp C.CI 11115 Tues 1

Line insucci shall not request a declaration (1) Upon remember of the policy , the instruct shall not reque: form for any insured with last on insured for 11 months.

to cover the cost of obesity surgery.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) حد تجديد الوئسفة فأنه لا يحق الشركة طالب نموذج العساح تأي مومن له مضى طيه (11)أشهر

عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عماية جراحة السعنة المفرطة

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج التصاح طبي للمواثيد الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي

(3) لحي حال الحاجة الأضافة تنهجين أكثر يتم تجنة نموذج جنيد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



lease	nsured: Fill out the form that you and you ed according to y	ir family receive	purpose of pricing health care serving benefit.	ices as			خدمات	لك و افراد اسرتك على	ر و لخمان حسو دُ	مل قيامك بتعينة هذا النموذج باشكل الصحيح لغرض التسع ارعابة الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحد ع الطلب (1)	
		(2) أشافة	New	図	<u> जैक्</u>			Туре			
Add	ition L	(1)	1000				Entity Na	me: Al salam		بع المتشاة :	
Poli	cyNo/CR:			ري:	رثيقة/ السجل التج و الجوال:	1.		e Name : AMI	R SOHAIL ML	م الدوظف: HAMMAD RAMZAN	
м	obile No : 57	3453107			17.41	2)	Employe	0.11		بالهرية	100//
	ID No	ımber			349050936	Marit الجند	al Chatur	Married	منزوج 🗆	اللهُ الاجتماعية: أعزب 🏿 Single	الد
Ger	der: 1	الجنس	Nationality: 30	4	:44	y Marie	لير			الافصاح عن وجود أبي من الحالات أبناه يوضع اشترة ﴾ في	يرجي ا
		elow cases by n	narking √ under t	the word		No	Yes	- تعم ـ	العربع ثعث كلمة		\top
yes	Vicinity and the second		0110710010			区	0			هل تم التنويم بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟	1
2	diseases limited t	gnosed with any o o; Autism, Benign Hepatitis C, Gallst os, thyroid goiter,	of the following chro Tumor, Cancer, Ho cones, Kidney failur Cysts, fibroid uteru	ė,		Ø		رارة بلي	، سي، حصوات الم ، التكيمات، ورم ل	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة الثنائية فقط التي «المرطان، أمراض القلب، الالتيماء الكدي الفيروسي المزمن القشل الكنوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الفرة الدقية بالرحم، الفتق، أمراض المقاعة الذاتية أو التصليب المتعدر	
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroo malformations, C disease, G6PDDef Wilson disease, Pt	tary diseases <u>limi</u> r, Thalassemia, he phalus, spinal mu hromosomal abno iciency, systicfibros blycystic Kidney Di	of the following cor ited to: Corebral pa emophilia, metaboli isde atrophy, genit rmalities, aucher's sis,hemochromatos isease.	c al is,			0		وفيئيا، أمراض الته • الأعضاء التناسليا ف الكس	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الورائية أو التشوعات الا الشال النماغي، اضطراب الخلايا المنجئية، التلاسيميا، الهيما الغذامي، استسقام الرأس، ضعور الحضائت الشوكي،تشوهات الغزوموسومات, مرض فوشر, مرض التكسر الغولي الثنية .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس التليكين القلقي هل تم تشخيصك ياي من أمراض العين التالية فقط:	
4	Have you been d limited to: Cata diseases.	iagnosed with any ract, Glaucoma, C	of the following ey orneal diseases or l	e diseases Retinal		Ø	0			حياه بنيضاء، مياه زُرقاء، لعراض القرنية أو أمراض الشهيئي	-
5	diseases limited	to: Vertebral disc	of the following bo prolapse, Scoliosis	ine i.		☑			الغضروفي النيسة	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فلط: الإنزلاق الحراف العمود الظفري، التهاب المطاصل أو تمرّق الأربطة	i.
6	Current multiple	regnancy regnancy with pre	vious CS delivery			- 1	0			لُشْقَى الجامل فقط : مل هائي جنين واحد مل حالي مع فيصرية سايفة مل حالي متحد الاجنة ريخ الولادة المنوفع	43
	Expected delive	denendents det	ails that need to	be added	(In case of a		23		(0	قات الموظف وافراد العاتلة العراد انسافتهم 3 ب حالة الإجابة بشعر أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول الدتا	يدا (فر
	Yes answer above, please declare the case in the table below) المون الطول رقم الجوال الحالة المحقم الخدمة						رقم شهریا umber	القرابية Relation	البشن Gender	اسم الموظف القراد العللة Employees/Dependent Name	
	Provider Name case Mobile No. Height Weight 578453107 0 0						50936	EMPLOYEE	1	AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3, 1 hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أفر أن البياشات و المعلومات المذكورة (عائد كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البياشات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الانسسال بالمستشفيات اللئي أنتمال معها للزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتناييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عقاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلام اللتي نشك قبل تاريخ اللعاق أو قبل التسجيل أو انساقة مومن له خلال فنزة سزيان العقد
 - أور باتي قد قرأت و قهمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نغي وجود ما يستمق الأقصاع عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بهانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة الدفوطة

Employee Signature	(4)	D توقع الموظف	ate	التاريخ
Entity's stamp Aux U 2	OHALL		1 121	N 112
مالحدود للبت اولات العامــة	UFITE	مضى عليه (11)لشير	ح افصناح لأي مؤمن له	 (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب دموة.

- (1) Upon renewal of the gram 21ge Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee-

- (2) لا بحق الشركة التأمين طالب نعوذج الصماح طبين للمواثبة الحدد عند اضافقهم على وثبقة التأمين المسحى
 - (3) في حال الحاجة الأصافة تابعين أكثر بتم تعينة نمرذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.



Cuu	ired according to			F		_		Туре		(1)	نوع الطلب	
Ad	dition	إضافة (2) 🗆	No	w E	Thyte				NOT THE RES		اسم المتشأة :	
Po	licyNo/CR:				بقة السجل التجاري	- 1 -	Entity N		726	LALURDON .	اسم المنشاد : أسم الموظف:	_
1	Nobile No: 5	62268894			الجوال:	100	Employe	e Name: S	ALAUDDIN JA	LALUDDIN	رقم الهوية	_
-0112	IDN	lumber			2314878600			s Married	متزوج 🗆	أعزب 🗹 Single	ر م بارد الحالة الاجتماعة:	_
Ge	nder: 1	الجنس:	Nationality:	304	:5	Mari الجنسر لا	ا نبر		600	Single	4	
Plea (yes	se declare any of	below cases by	marking √ unde	r the word		No	Yes	. بم -	مربع تحت کلمۃ ۔ ا	من الحالات أدناه يوضع الشارة ﴾ في لا		**
1	Any hosipital adm	ission during last	12 months?			Ø				في لحلال الحر 12 شهر ؟	هل ثم الثنويم بالمستشا	1
2	Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	agnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Gall:	of the following ch in Tumor, Cancer, stones, Kidney fail , Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø		1	سرر، حصوات العراد	من الأمراض المزمنة الثانية قطع: اللهم ب الألتهاب القيدي القيرومي المزمن المسئلة الهولية، تضفع للغة المرقية، المناعة الذاتية أو المتصلب المتعد	،المعرطان، أمراض الله الفشل التلوي، حصوات	2
3	disorder or hered Sickle cell disord- diseases, Hydroc maiformations, C disease, G6PDDet	litary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, h ephalus, spinal m thromosomal abno	of the following on nited to: Cerebral memophilia, metab- uscle atrophy, gen ormalities, aucher's sis, hemochromators siss, sesse.	palsy, olic iltal s		☑	0	ا أمر اض	فيلياء أمراض التعنيا الأعضاء التناسلية. - الكيمس	من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخ إب الخلايا المنجلية، الثانسيميا، الهيمو من، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات ال غوشر، مرض التشمر القولي، التلية مرض ويلسون، تكوس الكليتين الخلقي	الشال التماغي، اضطر الغامي، استعماء الراء والكروموسومات، مرط	27
4	Have you been d limited to: Cata diseases.	iagnosed with any ract, Glaucoma, C	of the following e Corneal diseases or	ye diseases r Retinal		Ø	0		4	من أمراض العين التالية فلط: فاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكي		
5	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	to: Vertebral dis	y of the following b c prolapse, Scolios	is,		Ø	П		الغضروفي النيسك	من أمراض العظام التثلية فقط: الإنزلاق ر، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	، هل تم تشخيصك يأي ، إشحراف العمود الطار ي	1
6	Pregnant Fems Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pre pregnancy	vious CS delivery								الأثنى الحامل فقط : حمل حالى جنين واحد حمل حالى مع فيصرية حمل حالى متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the ta	be added	(In case of a				(6)-	العائلة المراد اضافتهم 3 علاه، الرجاء ذكر العالة لمي الجدول إدة		
	اسم مقدم الكدمة	الدالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	نية ID Nui	رقم الهو mber	القرابة Relation	الجنس Gender	طراد العثلة Employees/Depende	اسم الموظف V ent Name	٠
	Provider Name											

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s),
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سرتم على أصاب هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) نها الحق في الإنسىق بالمستشفيات اللئي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخلطر
 - أواقق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الإقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تتاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو امتماقة مؤمن له خلال فترة سربان العقد
 - أفر بالني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أشميد بأن عدم اشارئي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يحبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصباح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعرنة بزرانات الطول و الوزن سيزدي الي رغش تنظية تكاليف عمانية جراحة السعنة المفرطة

Entity's s

Employee Signature

توقيع الموظف SALAUDDIN

c. (1/1/1/2

(1) Upon remedial of the 50% of the Asyror shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 1 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تحديد الوئسفة فأنه لا يحق الشركة طالب نموذج افساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يعق نشركة التأمين طلب بموذج اقصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي.
 - (3) في حال الحاجة الأنساقة تتبعين أكثر يتم تعبدة نموذج جنيد
 - (4) عدم نظامية قيام مسلمب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



Pleas	Insured: e Fill out the for e that you and y red according to	our family rec	the purpose of pr eive health care se olicy benefit.	icing and rvices as	to.		ć.	افراد اسرئك على لمد	ر تضمان حسونك و	، الصحيح لغرض <i>الشعير</i> و سب مناقع الوثيقة الموحدة	- هذا النموذج بالشكا	عزيزي المؤمن له أمل قيامك بشعبتة ه الرعابة المسحوة با	b
		☐ (2) ☐	Ne	w E	جديد ا			Туре			(1)	رع الطلب	i
2000					قة/ السجل التجاري	1000	Entity !	Name: Al sa	lam			سع المنشأة :	a.
20.00	cyNo/CR:	45309204		-	الموال:			The state of the s	MMAHOM NAAI	IAD SHIEKH		سم الموظفح	d.
М	oblie ito i	Number			2375418767							قم الهوية	
-	nder: 1	10.000000	Nationality:	900		Mar الجنسية	ital Stat	us Married	متزوج 🗆	Single 🗹	اعزب	دللة الاجتماعية:	ال
	e declare any of	107.00	y marking √ unde		ı	Y No	نم Yes	بو -	ريع ثحث كلمة . تد	أدفاه بوضع اشارة أر في الد	ود أي من الحالات	, الاقصاح عن وجو	يرجر
1	Any hosipital adn	nission during la	st 12 months?			M	D			ر 12 شهر ۲	لمستشطى خلال اخ	هل تم التنويم پال	1
2	Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	iagnosed with an to: Autism, Ben c Hepatitis C, Ga nes, thyroid goite	by of the following ch ign Tumor, Cancer, illstones, Kidney failt er, Cysts, fibroid ute Multiple sclerosis.	Heart ire,		Ø	0		سيء خصوات المراز	ل العزمنة التالية فقط: التوجد • الكيدي الطيروسي العزمن م يولية، تضخم الفدة الدرقية، التية أو التصلب المتعدر	ض الطّلب، الالتهاب تصوات العمالك ال	،المبرطان، أمراه القشل الكلوي، د	2
3	disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, C	ditary diseases <u>li</u> er, Thalassemia, pephalus, spinal r Chromosomal ab ficiency, systicfib	ny of the following or mited to: Cerebral hemophilia, metabo muscle atrophy, geni normalities, aucher's rosis, hemochromato Disease.	palsy, ilic tal		Ø	0	، أمراض	فيليا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسشية، ا بالكيمس	ل الورائية أو التشويفات الطفا العنجانية، القلاميويا، الهيموا العضلات الشوكي, تشويفات مرض التكسر القولي, التلوف ون, تكيس الكليتين الخلقي ا	، اضطراب الخلايا نام الرأس، ضمور ت _{ا،} مرض غوشر _،	الشائل الدماغي، الغذائي، استسط والكروموسومان	3
4			ny of the following e Comeal diseases or			Ø	0			, العين الناقية فقط: ل الفرنية أو أمراض الشيكية			4
5		to: Vertebral di	ny of the following b isc prolapse, Scollosi			Ø	П		الغضروقي النيسك	العظام الثانية فقط: الإنزلاق المغاصل أو تمزق الأربطة			5
6	Pregnant Fema Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pr pregnancy	revious CS delivery				0				. واهد نِصرية سابقة د الأجنة	للأتش الحامل فق حمل حالي جنين حمل حالي مع ق حمل حالي مع ق تاريخ الولادة الد	6
			tails that need to e the case in the tab		(In case of a				(a)	اد اشنافتهم 3 اه ذكر الحالة في الجدول أدنا	واقراد العائلة المر ة ينعم أعلاه، الرج		
	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	ٹرزن Weight	ية ID Nu	رقم الهو mber	نقرية Relation	الجنس Gender	Employees/D	وظف /فراد الدلا ependent N		٠
			545309204	0	0	2375418	8767	EMPLOYEE	1	JAAN MOHA	MMAD SHIER	01	1
1. I acco and with 2. I cove the duri 3. I	eptance of my enri- that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi erage/claims in ful contractual date on the contract. hereby confirm re	olment will be or b) has the right to edical information Enaya) has the Il in case of no do or before enrolling eading and under	nformation are corre- the basis of such in to contact the hospit- in needed to assess the right to reject the eclaration of any cast grandding a new In- restanding all points is grany case is unders	formation al(s) I deal he risk(s). es prior to hsured				ت اللتي أتعابل معها د عدم الإفسياح عن اضافة مزمن له خلال	الاتصدال بالمستشفوات ق التفطية كاليا عند د أو قبل التسجيل أو بال عدم اشارشي اما	أعلاه كلملة و مسيحة و با المعودية) لها الحق في المساطر الهيا المساطر ودية) في رفض المطالبا المساطر المساطر المساطر المساطر المساطر المساطر المساطرة المساطرة علما المساطرة كما المساطرة علما المساطرة علما المساطرة علما المساطرة علما المساطرة علما المساطرة علما المساطرة المساطرة علما المساطرة علما المساطرة ا	مارمات المذكورة أثر (شركة عديا الت طبية كل ثمثاء شركة عنية السع ت المذكورة أعلاء قهمت جميع ما جا	نيبتنت و أن الشرك ترويدها بأي معلوم افق على أحقية (يود أي من الحالان ية سريان العقد ياني قد قرأت و ا	
*No 4. F	thing requires dec	daration" and I s eight and height	ign on these basis. information will resu		al			نة المغرطة	- F200V	ما يستنق الاحمياح عنه و . دي الي رفض تغطية تكاليف			

1) Upon renewal of the policy, the insure shall not request a declaration

Employee Signature

SHE

14 14

form for any insured who has been insured for 11 months.

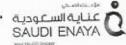
Entity's stame

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- شربخ Date C.C. / \ ا \ ک
- عند تجدید او نسخه فأنه لا بحق للشركة طالب نموذج اقتصاح لأي موحن له مضمی علیه (11)أتسیر
 لا بحق لشركة التأمین طالب نموذج اقتصاح طبی للموالید الجدد عند اهنمالتهم علی واثیقة التأمین الصحی

ترقيع الموطف

- السارية
 - (3) في هال الحاجة الأضافة تابعين الثقر يتم تعبئة نموذج جديد
 - (4) عدم تطاعية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن إله



	غزيزي العؤمن فه : أمل قيامك يتمينة هذا السوذج بالشكل المسجيح لغرص التسعير الرعاية الصمدية بالشكل المطاوب حسب منافع الوثيقة السوسة	و لضمان حصولك	و افراد نسرنگ على	فدمات			ing and to vices as	e health care ser	n correctly for the p our family receive h your unified policy i	sure that you and yo		
	وع الطلب (1)		Туре			خرته	EZ	Nev	إضافة (2) 🗖			
	اسم المنشأة :			Entity Na	رقم ا	لوثيقة السنهل التج	1.0		AND			
		IRQAN DANISH	e Name: Fl	Employe		قم الجوال:			95478069	PolicyNo/CR : Mobile No : 55		
_	قم الهوية					375420045			lumber	Mobile 140 .		
	دلة الاجتماعية: أعزب Single 🗵	متزوج 🗆	: Married	al Statu	Marit الجا	نسية:	1	Nationality: 3	Na الجنس:	Gender: 1		
***	ر الافصاح عن وجود أي من النحالات أدّناه بوضع بشارة لا في	لعزيع ثحث كلمة ۔	نعم ۔	نم Yes	Y No		the word	marking √ under	below cases by ma			
1	عل ثم التنويم بالمستشلى خلال اخر 12 شهر ؟			D	Ø			L2 months?	nission during last 12 r	/es) : Any hosipital adm		
2	. هل قد تشخيصك باي من الأمراض العزمة التالية فقط: التو السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيرومي العزمز القشل الكلوي، هصوات العملك اليولية، تضخم القدة الدرقي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المقعد.	سي حصوات الدا	5.7	0	Ø		Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to:</u> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic					
3	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات ال الشئل النماض، اضطراب الخاليا المنجائية، التلاسيميا، الهوم التفاقي، استمالاء الرأس، ضمور الحضائت الشوعي تشوها التفاقي، استمالاء الرأس، ضمور الحضائت الشوعي التفوي التكروموسومات, مرض ويلمون, تكيس التليثين المشاقر فيموكروماتوسيس, مرض ويلمون, تكيس التليثين المشاقر	وفيليا، أمراض التمث 4 الأعضاء التناسلية. ف الكيمي	يل المراض	п	Ø		Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy,					
4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية قلط: . مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك	i,		а	Ø		e diseases Retinal	of the following ey orneal diseases or	liagnosed with any of bract, Glaucoma, Corne	Have you been d limited to: Cata diseases.		
1	 «قل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التقية قطط: الإنزلام اتحراف العمود اللفتري، التهنب المفاصل أن تمزق الأربطة 	ر الغضروفي النيسك		0	N		ne •	of the following bo prolapse, Scoliosis	diagnosed with any of 1 to: Vertebral disc pro- ment tears.	diseases limited		
	للائش العامل فقط : حمل خاش جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع			3	0		Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date					
	بيقات الموظف واقراد العائلة المراد اضافتهم 3 إفي هالة الإجابة بقعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أه	(+0				n case of a	e added (1	nils that need to l	dependents details	Employee and		
,	اسم الموظف <i>القراد العنلة</i> Employees/Dependent Name	الچنس Gender	القرابة Relation	رقم ته nber	رية ID Nur	الوزن Weight	و deldw) الطول Height	the case in the tab رقم الجوال Mobile No.	ve, please declare the الدلة case	Yes answer abo اسم مقدم الخدمة Provider Name		
1	FURQAN DANISH ZAFAR ALI	1	EMPLOYEE	045	2375420	0 :	0	595478069	388327/1			

Undertakings:

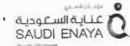
- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3, I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات العذكورة أعلاه كاملة و مسحيحة و بناه عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و إن الشركة (شركة عناية السعودية) لها العن في الاتصال بالمستشفيات الذي أتعامل معها لتزويدها بأي مطومات طبية قد تحتاج البها للقييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة لو التنطية كليا عند عدم الالصحاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تنزيح التحاد أو قبل التسجيل أو اضعادة مؤمن ته خلال
 - أفر بالني قد قرأت و فيمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشترتي امام أي من المعالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصماح عنه و عثيه لوقع
 - عدم تعينة بهانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكالوف عطية جراحة السمنة المقرطة

Entity's staffip	Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	Date	الكاريخ	
سلام النحبه	DA	ANTS	4	C,C	11118	400 (4)

- (1) Upon renew 095 928, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج الاستاح لأي مؤمن له مصى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق المحركة التأمين طلب لموذج افصاح طبى للمواليد الجدد عند اصافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في هال الحاجة الأضافة تابعين أكار بثم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظاموة قوام مساحب العمل بالقوقع بدلا عن المؤمن له



Plea	r Insured: use Fill out the form ure that you and y uired according to	our family receive	health care so	icing and t rvices as	0_		نمات	و افراد اسرناك على خد	والضمان حصوك	بالشكل الصحوح لغرض التسجر رب حسب منافع الوثيقة الموحدة	رعاية الصحية بالشكل المطلا	ناء الر
A	ddition	إضافة (2) 🗖	Ne	w Ø	خرث			Туре			ع الطلب (1)	Ĭ.
Pe	olicyNo/CR:			1	فَةً/ السجل التجاري	رقم الوثوا	Entity N				لم المنشأة :	
_	Company of the Compan	06144072		71	لجوال:	رقم ا	Employe	ee Name : O	MAR AHMED E	BAMUHRIZ	مم الموظف:	_
_	IDN	lumber			2040467157	7					م الهوية	
G	ender: 1	ا الجنس:	Nationality:	320	3	Mari الجنسيا	ital Statu	is Married	منزوج 🗆	آعزب Single 🗹 آعزب	بالة الاجتماعية:	الح
	ase declare any of	below cases by m	arking √ unde	r the word		No.	نم Yes	. بعم	مريع تحت كلمة ۔ (لحالات أنشاه بوضع اشارة 🖟 في ال	الأقصاح عن وجود أي من 3	ىدجى
1	1	ilssion during last 17	2 months?			M				ائل الحر 12 شهر ٢	هل تم التلويم بالمستشفى 4	1
2	Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	agnosed with any of to: Autism, Benign Hepatitis C, Gallstones, thyroid golter, C hune diseases or Mu	the following ch Tumor, Cancer, ones, Kidney fail Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø	0	š.	سي، حصوات المراز	أمراض المزمنة التالية فقطر التوح الثهاب الكيدي الفيروسي المزمن ملك البولية، تضخم الغزة الدرقية، عة الذاتية أو التصلب المتعد.	،السرطان، أمراض الطّلب، ١١ الفشل الكلوي، حصوات المد	
3	disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDet	lagnosed with any o litary diseases <u>limit</u> er, Thalassemia, her ephalus, spinal mus thromosomal abnorr iclency, systicfibrosi- olycystic Kidney Dis-	ed to: Cerebral mophilia, metabo cle atrophy, gen nalities, aucher's s,hemochromato	palsy, Hic ital		Z.		ڭ أمراض	فيئيا، أمراض التعثر الأعضاء التناسلية. ـ الكيسى	أمراض الورائية أو التشوهات الخا خلايا المنجلية، الثانسيميا، الهيمو ضمور العشائات الثاوكي بتشوهات وشرء مرض التكسر القولي، للثانية ويأسون تكيس الكليكين الخلقي،	الشلل الدماغي، اضطراب ا الغذائي، استسفاء الرأس، و والكرومومنومات، مرض غ	
4	Have you been d [imited to: Cata diseases.	iagnosed with any o ract, Glaucoma, Cor	of the following e meal diseases or	ye diseases Retinal		國	0			مراض العين النائية فقط أمراض القرنية أو أمراض الشبكيا	هل تم تشفوسك پاي من اد مهاه بيضاء، مياه زرقام،	
5		lagnosed with any of I to: Vertebral disc p nent tears.				Ø	П	2	الخضروقي النيسك	راض العقام التالية فقط: الإنزلاق هاب المفاصل أو تمزق الأربطة	، هل ثم تشخيصك باي من أه الحراف الصود الفقري، الذ	
6	Pregnant Femal Current single procurrent single procurrent multiple Expected deliver	regnancy regnancy with previ pregnancy	ous CS delivery				0			i,	للأنش العامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سابة حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المكوفع	
	Employee and Yes answer above	dependents detail	Is that need to ne case in the tal	be added bie below)	(In case of a				(91)	ة المراد انضافتهم 3 الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدة	بياثات الموظف و افراد العائد (في حاثة الإجابة بتعم أعلاد،	1
	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الدلة case	رقم الجرال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	پة ID Nu	رقم الهو mber	القرابية Relation	الجنس Gender	النظة Employees/Depe	اسم الموظف إنقراد Indent Name	,
	mediant. 2005. (888)		506144072 506144072 556396044 506144072	0 0	0 0	204046 216577 213738 207352	5889 2939	EMPLOYEE DAUGHTER SON WIFE	1 2 1	OMAR AHMED I REEM BAM TURKI BAN FATIMAH ABDULLA	UHRIZ	3

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery

- أقر أن البيادات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و مسجوحة و بناء عليه فأن قبول الطقب سيتم على أسش هذه البيادات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) تها المعق في الانصال بالمستشفيات اللتي اتعامل معها لتزويدها بأي معلوسات لحبية قاد تحتاج البها لتفييم المخلطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعونية) في رفض المطالبة أو التضلية كارا عند عدم الإفساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تنزيخ التعاق لو قبل التسجول أو اضافة مومن له خلال
 - أقر بأني قد قوأت و فهمت جموع ما جاء في هذا النموذج كما أنعهد بأن عدم اشارتي امام أي من المدالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستمق الأفعساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبقة بيالات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السملة المغرطة

التاريخ Employee Signature Entity C.C. / 412 1010095925

- (1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration for 11 months. form for any insured who has been insured
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) حت تجدید الرئسقة فأنه لا یحق الشرکة طالب تموذج الصماح لأي مومن له مضى علیه (11) اشهر
- (2) لا يحق لشركة التأوين طلب نموذج افتصاح طبى للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحلجة الأضافة تابعين أكثر وتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



ensu	Insured: se Fill out the form re that you and you ired according to	our family recei	ve health care se	cing and t	0_		دمات	و افراد اسرنك على له	و لضمان حصوك	غزيزي العوامن له أمّل قبامك بتعينة هذا التموذج بالشكل الصحيح لمفرض التسعير الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	is I
		إضافة (2)	Ne	w Ø	79.75			Туре		وع الطلب (1)	pi.
	200	-1 0308		4.0	بقة/ السجل التجارع	رقم الوثي	Entity N	ame: Al sala	om	سم المتشاة :	4
100	licyNo/CR:	6840070			الجوال:	_	Employe	e Name: R	AJA MOHAMED	OKTOS I CALL	_
	donie ito i	umber	7-14-15-1	T	2234512404					قم الهوية	
G	nder: 1	-	Nationality :	304	:4	Mari الجنس	ital Statu	s Married	مقزوج 🗆	مثلة الإجتماعية: أعزب Single 🗹	3
_	se declare any of	below cases by	marking √ unde	the word		Y No	نعم Yes	عم -	المربع ثنت كلمة - :	ر الاقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة أر في ا	<u> </u>
1	Any hosipital adm	Ission during last	12 months?			M	0			هل تم التنويم بالمستشفى غلال اخر 12 شهر ٢	1
2	Have you been dis diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic	agnosed with any to: Autism, Beni Hepatitis C, Gall es, thyroid goite	of the following ch gn Tumor, Cancer, I stones, Kidney failt , Cysts, fibroid ute	Heart Ire,		Ø	а	á.	مدر عصوات المراة	 هل تم تشخيصك باي من الأمراض العزمة التالية فقط: التو السرطان، أمراض الثلب، الالتهاب الكندي الفيروسي العزمن القشل الكلوي، حصوات العمالك البولية، تضغم الغذة المرقية بالرحم، الفتى، أمراض العشاعة الذاتية أو التصلب المتعدر. 	2
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroc malformations, C	itary diseases <u>lin</u> er, Thalassemia, ephalus, spinal m hromosomal abn iciency,systicfibn	y of the following conited to: Cerebral in the morphilla, metabouscle atrophy, genormalities, aucher's pass, hemochromato Disease.	palsy, olic ital		2	0	ا أمراض	وفوتيا، أمراض التمثر ، الأعضاء التناسلية، ف الكيس	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات النا الشال الدماش، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاثيميا، الهوم الغالب، استسقاع الراس، ضمور العشائات الشوكي،تشوهات الغالب، استسقاع الراس، ضمور العشائات الشوكي،تشوهات بالكروموسومات, مرض ويلسون, تكيس الكليتين المفلقي	3
4	Have you been d limited to: Cata diseases.	agnosed with an ract, Glaucoma,	y of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	0		Ā	هل ثم تشخيصك بأي من أمراض العين الثالية فقط: رمياه بيضاه، مياه زرفاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك	4
5	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	to: Vertebral dis	y of the following b ic prolapse, Scolios	one ls,		M			بالفطروفي التيسك	، هل ثم تشغيصك بأي من أمراض العظام التالية قطة: الإنزازي وتحراف العمود الفقري، الثهاب المقاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	Pregnant Fema Current single pr Current single pr Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery				0			للائش الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سايفة حمل حالي مع فيصرية سايفة حمل حالي متعد الأجنة تتريخ الولادة المتوقع	6
	Employee and	dependents de	tails that need to	be added	(In case of a				. (**	بوشات الموظف و اقراد العائلة المزاد اضافتهم 3 إفي حالة الإجابة يقم أعلاد، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدا	
	Yes answer abov اسم مقام الشدمة Provider Name	ردلة الحلة case	رقم تجوال رقم تجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	io Nu	رقم لاپور mber	الفراية Relation	الجنس Gender	سم تعرظف بافراد العائلة Employees/Dependent Name	,
		GS(EDX	556840070	0	0	223451	2404	EMPLOYEE	1	RAJA MOHAMED KHAN	1

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as
- "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المنكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه قان قبول الطالب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عذاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
 - أواقق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الاقصماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ للتعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أفر بأني قد قرأت و قهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أنعهد بأن جدم اشارش اسام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نغى وجود ما بستحق الأقصاح عقه و عليه اوقع
 - عدم تعبئة بنبالات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية نكاليف عماية حراحة السمنة المفرطة

Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	Date	التاريخ	
Employee Signature ختم جيخالوي	0171	25.25		115	
السارم المعتب	ALAM		C . C	1 1112	

- (1) Upon renew (10) the policy, the modest shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 1, months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) حند تجنيد الوشطة فأنه لا يحق للشركة طلب نعوذج الفساح الأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نعوذج العصاح طبي للموالية الجند عند الضافقهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحلجة الأضافة تابعين أكثر بتم تعبئة سوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن إه



requ	ired according to	your unified pol	ve health care so icy benefit.		_					لوثوقة الموحدة	رب حسب مناقع ا	بالشكل المطار		داما الر
Ad	dition	إضافة (2) □	Ne	w E	यु अंग्रे			Туре				1)	ع الطلب	نو
Po	licyNo/CR:			- 54	بقة السجل التجاري	رقم الوث	Entity !	Name: Al sal	am				مع المتشاة :	mi.
_		0808156			الجوال:	رقم	Employ	ree Name: V	IMALRAJ RAI	MALINGAM			سم الموظف:	
	ID N	umber			2235203342								م الهوية	å
Ge	nder: 1	الجثس:	Nationality:	900	- 3	Mar الجنس	ital Stat	us Married	[E 5	Single من	أعزب 🗵		نلة الاجتماعية	_
lea	se declare any of	below cases by	marking √ unde	r the wor	d	Y No	تعم Yes	- 244	يع تحث كلمةً ـ ت	ع اشارة لا في المر	لحالات أدناه بوضيا	رجود أي من ا	الطَّصاح عن و	0
T	Any hosipital adm	ecion durino lact	12 months?			2	0			1	لال القر 12 شهر	بالستشفى ذ	هل تم التنويم	
	Have you been di- diseases <u>limited</u> : Diseases, Chronic Urinary tract ston Hemias, autoimm	ignosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Galls es, thyroid golter,	of the following ch n Tumor, Cancer, tones, Kidney fail Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø	п	6.J	ي، حصوات العرار	لتالية فقطر التوحد يروسي العزمن س هم الغدة الدرقية، ال ملب المتحد	لالتهاب الكيدي الق	راض القلب، ا وحصوات المد	،السرطان، أم القشل الكلوي	The second second
3	malformations, Cl	tary diseases <u>Ilm</u> r, Thalassemia, h phalus, spinal mu rromosomal abno ciency, systicfibros	Ited to: Cerebral emophilia, metabo iscle atrophy, geni rmalities, aucher's sis,hemochromato	palsy, olic ital		Ø			لها، أمراض التعثر وعضاء التناسلية، الكيسى	أو التشوهات الخلف الألاسيميا، الهيموأم لشوكي،تشوهات ال سر القولي التليف الكليتين الخلقي الو	لخلايا المنجلية، اا ضمور العضلات ا وشر, مرض التك	في، اضطراب ا نسقاء الرأس، مات مرض غ	الشلل الدماط الخالي، است والكروموسو	
1	Have you been di limited to: Catar diseases.				\$	Ø	0		ä	ية فقط: و أمراض الشيكية	مرافش العين الثال أمرافض الطرنية أ			
		to: Vertebral disc	of the following b prolapse, Scollosi			Ø	П		للمضروفي الديسك	لية أنقط: الإفرادي ا تعزق الأربطة	مراض العظام الثا تهاب العقاصل أو			
	Pregnant Femal Current single pre Current single pre Current multiple Expected delivery Employee and of	gnancy egnancy with prev pregnancy date	ils that need to	be added	(In case of a		3				لة المراد اضافتهم	نين والجد ع قيصرية ساي تحدد الأجنة المتوقع ف والحراد العد	حمل حالي ما تاريخ الولادة بيالات الموطة	COLUMN TO SERVICE STATE OF THE PERSON STATE OF
_	Yes answer above اسر مقدر الخدمة	e, please declare t الحلة	he case in the tab رقم الجوال	le below) الطول	الوزن	نة	رقم الهو	طرية	د) الجنس	الله في الجدول أدنا		ينابة يشعم أعلاه الموق <i>لف إنقرا</i> ا		
P	rovider Name	case	Mobile No. 570808156	Height	Weight	ID Nun 2235203	nber	Relation EMPLOYEE	Gender 1		yees/Deper	ndent Nar		
1. I acco and with 2. I cov the duri 3. I this	lertakings: hereby undertake to ptance of my enrol that (Saudi Enaya) to collect any med agree that (Saudi is erage/claims in full contractual date or ing the contract, hereby confirm rea form and I agree to	ment will be on the has the right to o ical information in inaya) has the rig in case of no decl before enrolling o ding and underst hat not marking a ration" and I sign	ne basis of such in contact the hospita eeded to assess that to reject the aration of any cas or adding a new In anding all points p any case is underst on these basis.	formation al(s) I deal he risk(s). es prior to isured resented in tood as	n			الطلب سيتم على أساس يأت اللتي أتعامل معها عند عدم الإفساح عن أو اشتاقة مؤمن له خلال استم أي من العالات	لاتصال بالمستشفر أو التغطية كليا م أو قبل التسجيل أ بأن عدم اشارشي ا) لمها الحق في ا م المخاطر في رفض المطالبة د قبل تنزيخ التعاف	ة علية السعودية د تحتاج النها لتغيي ية السعودية) د اعلام اللتي نشاك م ما جاء في هذا ا	المحقومات الد شركة (شركا طومات طبية ق (شركة عنا بالات المذكورة دو فهمت جمع	بهناك و أن الذ زويدها بأن مه فق على أمشية بود أي من الح بة سزيان الحقد . يأتى قد قرات	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	allure to fill the we		徳							يس تغطية تكاليف		، الطول و الوز	نج تعيثة بياتات	
Ent	ity's stamp	يناوهم ال	Employ	vee Signati	JIM 1	[4]	4500	توقيع الموظف	Date		الثاريخ		,	

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الهمماح طبي للمواقيد الجدد عند المستقدم على وثيقة التأمين الصمعي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تنهين أكثر يتم تعيلة نمودج جنيد
 - (4) عدم نظامية فوام صاحب العدل بالترفيع بدلا عن المؤمن له



Ad	dition	إضافة (2) 🗆	N	ew l	خرات [2]	_		Туре		(1)	ع الطلب	į
Po	licyNo/CR:			8	ا السجل التجاري	رقم الوثيقة	Entity I	Name: Alsa	alam		سم المنشاة :	4
-	Mobile No :	537058829				رقم الج	Employ	ee Name :	UPENDRA KUM	AR SINGH	سم الموظف:	d
27	ID	Number			22371241	65					قم الهوية	į
Ge	nder: 1	نس:	الم	900		Mar الجنبية:	ital Stat	us Married	عزوج 🗆 ا	اعزب ⊠ Single •	دلة الاجتباعية:	ū
lea yes		of below cases l	by marking √ und	er the wor	d	Y No	نعم Yes		ربع تحث كلمة - نع	ود أي من الحالات أنناه يوضع اشارة لا في الم	ي الاقصاح عن وج	j
	Any hosipital ad	mission during la	st 12 months?			M	п			لىستشقى خلال اخر 12 شهر ؟	هل تم التتويم يا	
	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	d to: Autism, Ber lic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goit	ny of the following on high Tumor, Cancer, allstones, Kidney fai er, Cysts, fibroid ut r Multiple sclerosis.	Heart lure,		Ø	0		سي، حصوات العراز،	ك بأي من الأمراض للمزمنة الثلثية فقط: التوحد ض القلب، الالتهاب الكيدي القوروسي المزمن ، مصوات المسالك اليولية، تضخم القدة الدرقية، مراض العناعة الذائية أو التصلب المتعد.	،السرطان، أمرا القشل الكلوي، ،	
	disorder or here Sickle cell dison diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	ditary diseases L der, Thalassemia cephalus, spinal Chromosomal ab	ny of the following of Imited to: Cerebral , hemophilla, metab muscle atrophy, ger normalities, aucher rosis, hemochromate Disease.	palsy, olic nital 's		Ø	а		فيلياء أمراض التعليل الأعضاء التناسلية، ا الكيمس	ك يأي من الأمراض الوراثية أو النشوهات الخا ، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاميميا، الهيموا فام الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات ت، مرض غوشر, مرض التكسر اللولي النشية سيس, مرض ويلسون, تكيس التليتين الخلقي ا	الشلل الدماغي الغذاني، استسا بالكروموسوما	
			ny of the following of		5	Ø	0			ك باي من أمراض الغين الثانية فقط: مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية		
		d to: Vertebral d	ny of the following i isc prolapse, Scollos			Ø			الغضروفي النيسك	ك يأي من أمراض العقام النائية لحَقَدُ الإنزلاق د الغذري، النهاب المغاصل أو تعزق الأربطة		
	Pregnant Fem Current single ; Current single ; Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pregnancy	revious CS delivery							ن واحد فيصرية سنايقة د الإجنة	ثلاثش الحامل أ حمل حالي جنين حمل حالي مع ا حمل حالي مع تاريخ الولادة ا	
			etails that need to re the case in the ta		(In case of a				(ol-	والحراد العائلة المراد اضافتهم 3 بة بنعم أعلاء، الرجاء فكر العالمة في الجدول أدا		
	اسم مقام الخدمة rovider Name	لدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	نية ID Nur	رکم لهر mber	القرابة Relation	الجنس Gender	موظف القراد العائلة Employees/Dependent Na		
			537058829	0	0	2237124	165	EMPLOYEE	1	UPENDRA KUMAR SINGH	1	

- and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis,
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها للقييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التقطية كليا عند عدم الاقسماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ الثعاقد أو قبل التسجيل أو الضافة مؤمن أنه خلال فترة سريان العلد
 - أقر بأتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاه في هذا اللموذج كما أشعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات. المذكورة أعلاه يعلنبر بمثابة نفي وجود ما يستمنق الأقسماح عنه و عليه لوقع
 - 4. عدم تعبدة بهذات الطول و الوزن سيودي التي رفض تغطية تكاليف عملية عراسة السمنة المقرطة

The second secon					
Entity's stamp	Employee Signature (4)	ترقع البرطف	Date	التاريخ	
سالام النحبه	UPEN	DRA	C	·c1 1111/2	

- (1) Upon rent rehigh the policy, the lasurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب تموذج العصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) لشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي تأمواليد الجند عند اصافتهم على وثبقة التأمين الصمي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين آكثر يتم تعينة بموذج جديد
 - (4) خدم نظامية فيام صاحب العبل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Add	ition	(شافة (2) الما اشافة (2)	N-	ew E	عدود کا			Туре			(1)	رع الطالب	ř
-010				14	ر السجل التجاري	ر قم الوشقة ا	Entity N	tame: Al sal	lam			سم العلشاة :	
2000	cyNo/CR:	577519573				رقم الجو				ITU MIA FATEMA		سم الموظف:	ı
52		Number			23079498							قع النهوية	O.
Ger	der: 1		Nationality :	900		Mari الجنسية:	ital Statu	us Married	منزوج 🗆	Single 🗹 .	اعزب	دللة الاجتماعية:	3
leas		f below cases b	oy marking √ unde	er the wor	d	Y No	نم Yes	هم .	مريع تحت كلمة - تـ	، أدناه بوضع اشارة لا في الم	جود أي من الحالات	ي الأقصاح عن وو	u.ee
T	Any hosipital adn	nission during la	st 12 months?			Ø				ار 12 شهر 1	بالمستشطى خلال اخ	هل ثم النثويم ۽	1
	Have you been d diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract stor	liagnosed with an I to: Autism, Ben ic Hepatitis C, Ga nes, thyroid goite	ny of the following of high Tumor, Cancer, illstones, Kidney fall er, Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø	0	ž,	سيء حصوات العزاز	ن العزملة الثالية فقط: التوحد به الكيدي القيروسي العزمن م اليولية، تنشخه اللدة الدرقية، ذاتية أو التصلب المتعدد	اض القلب، الالتهام حصوات العسالك ا	،المعرطان، أمرا القشل الكلوي،	2
	Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple scierosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> ; Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G5PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases						0	1.7	فيئيا، أمراض التمثيرًا الأعضام التناسلية، - التهمي	ني الوراثية أو التشوهات الخا المتجلية، التاكسيميا، الهيموا العضلات الشوكي، تشوهات مرض التكسر الفولي، التلف مون, تكبس الكليتين الخلق ا	ي، اضطراب الخلايا فقاء الرأس، ضعور لماء مرض غوشر,	الشئل الدماشي الغذاني، استس _و الكروموسوما	3
			ny of the following e Corneal diseases or		5	Ø	0		.4	ن العين الثالية فقط: مَن القرتية أو أمراض الشبكية			4
		<u>i to:</u> Vertebral di	ny of the following t isc prolapse, Scolios			Ø	0		الفضروفي الديسك	ر العظام الثانية قلط: الإلزادي المفاصل أو تعزى الأربطة			
	Pregnant Fema Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pr pregnancy	revious CS delivery))				ن واحد فيصرية سنيقة دد الأجلة	للأثثى الدامل أ معل حالى جني حمل حالى مع حمل حالى متع تاريخ الولادة ا	
			etails that need to re the case in the tal		(In case of a	1			(6)	راد اضافتهم 3 باء ذكر الحالة في اليدول أدة	، واقراد العائلة المر ية يشعم أعلاه، الرج		
	اسم مقدم الخدما ovider Name	العالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	ٹرزن Weight	رية ID Nun	رقم الهو nber	ظربة Relation	الچئس Gender	ધ Employees/De	موظف اطراد الدلة ependent Na	2000	٠
050	201-201-201-201-201-201-201-201-201-201-		577519573	0	0	2307949	863	EMPLOYEE	1	DELUWAR MEN	ITU MIA FATE	MA	1

- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- لوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفتن المطالبة لو التنطية كليا عند عنم الافسناح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاء اللّتي نشأت قبل تتربح التعاقد أو قبل التسجيل أو اختافة مؤمن له خالال فترة مريان المقد
 - 3. أقر بأني قد قرأت و فيست جميع ما جاه في هذا النموذج كما أنمهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعقبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح بقد و عليه لوقع
 - عدم تحبنة بهاتات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة

	4					
Entity's s	المتارم النخبة	Employee Signature (4)	Toking Haddie	Date C , CI	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
				10 10 10 10	이번 그리 점요 이고 사용하다는 경우하였다면 뭐 요즘 이름다	

- (1) Upon remented 90165.82.6 the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 1.1 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الواضعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مزمن له منسى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طالب نحوذج العساح طنين للمواليد الجدد حد اضطائهم على وشيقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين الثار يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Plea	ure that you and		the purpose of peive health care solicy benefit.					ات	فراد اسرتك على خدم	نمان حصولك و ا	 : خذا اللموذج بالشكل الصحيح لخرض التسعير و أننا بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة 		1
Ad	idition	إشاقة (2) 🗆	N.	lew	ديد 🗹	4			Туре		(1)	نوع الطلب	į.
Po	olicyNo/CR:		•		سجل التجاري :	قد الدشقة الد		Entity	Name: Als	alam		اسم المتشاة :	<u> </u>
	Mobile No :	576761553				رقم الجوال	-	-			HOSSAIN SOFEYA	أسم الموظف:	
	10	Number			2309098	8164						رقم الهوية	,
Ge	ender: 1	ولس:	A Nationality:	900		الجلسية:	Marit	tal Stat	us Married	1 0 51	اعزب Single کر	لدلة الاجتماعية:	8
Plea (yes	(1) 김 (1) (1) (1) (1) [1] (1) (1) (1) (1)	of below cases b	y marking √ und	er the wo	rd	- 1	Y Yo	نم Yes	-,	ع تحت كلمة - تع	جود أي من الحالات أثناه بوضع اشارة أy في العرب	نى الاقصاح عن و	s.
1	Any hosipital ad	imission during las	st 12 months?				Ø	п	**		بالمستشلى خلال الحر 12 شهر ؟	هل ئتم التقويم	1
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chror Urinary tract sto	d to: Autism, Ben nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goite	y of the following of ign Tumor, Cancer, Ilstones, Kidney fai er, Cysts, fibroid uto Multiple sclerosis.	Heart lure,			N	О		ي، حصوات المرارة	مك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد راض الحلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي العزمن سم حصوات المسالك الهوانية، تضمّم القدة العرقية، الذ . أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتحد.	،السرطان، أمر القشل الكلوي،	2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDe	editary diseases li der, Thalassemia, cephalus, spinal n Chromosomal abr	y of the following of mited to: Cerebral hemophilla, metab nuscle atrophy, gen normalities, aucher- osis, hemochromato Disease.	palsy, olic oltal s		3	Ø	0		نياء أمراض التعثيرُ أعضاء التناسلية، لكيمس	مك ياي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلفي بي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيا سفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأ مات, مرض خوشر, مرض التكمر الفولي الثانيف ا وميس, مرض ويلمون, تكيس الكليتين الخلقي الو	الشلل الدماغ الغذائي، است إلكروموسو	3
4			y of the following o Corneal diseases or		rs		Ø	п			يصك يأي من أمراض العين التائية قَفَط: ي، مياه زَرِقَاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	17000000000	4
5		d to: Vertebral dis	y of the following t sc prolapse, Scolios				Ø	П		لقضروفي الديسك	بمك بأي من أمراض العقلم التالية فقط: الإنزلاق ا مود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	1 TO	5
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pre pregnancy	evious CS delivery				0 0				نين واحد ع قيصرية سابقة تعد الأجنة	لائش العشا همل هائی و همل هائی م همل هائی م تاریخ الولادا	6
			ails that need to the case in the tab		(In case of	a				. (4	ف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 جابة بنعم أعلاه، الرجاء فكر الحالة في الجدول أدنا،	55.16.17.15.15.	
	اسم مقدم الخدمة rovider Name	لحلة case	رقم الجوال Mobile No.	نطرن Height	الوژن Weight	1,000	لهوية Numb	ber	القرابة Relation	قيشن Gender	الموظف إلقراد العائلة Employees/Dependent Nar	ne	ř
			576761553	0	0	2309	09816	54	EMPLOYEE	1	KALAM ABUL HOSSAIN SOFE	/A	1
1. I access and with 2. I cover the during 3. I this "Not 4. Fa	ptance of my enrithat (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi erage/daims in ful contractual date ong the contract. hereby confirm re form and I agree thing requires dec	olment will be on a plant to be disalt information. Enaya) has the rill in case of no determined and understhat not marking daration, and I significant height in the plant in the control of the control	claration of any cas or adding a new In tanding all points p any case is undersi	formation al(s) I deal ale risk(s). es prior to sured resented in					ات الآتي أتعامل معها ند حم الافصاح عن ر اضافة مزمن له خلاا مام آي من الحالات	الاتصال بالمستشفر او التغطية كليا ه او قبل التسجيل أ بان عدم اشاراتي ا عليه اوقع		البيانات و أن ال التزويدها بأي م أوافق على أحقياً وجود أي من ال فترة سريان العقا أفر بقى قد قرات المنكورة أعلاه با	.2
Entil	B - 15 Cm - 16 C	دوالند اولادالعا ت 095926	للمق	ee Signati	ire	4 L	A	В	توقيع الموطف	Date	E.C. 17115		

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) حد تجديد الرشعة فأنه لا بحق الشركة طلب نموذج المساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نعوذج اقصاح طبى للعواليد العدد عند اصافتهم على وثيقة التأمين الصمى السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر بتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدر نظامية قيام صاحب العدل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



ease	sured: Fill out the form of that you and you	ramily receive	HCDICH SHEET	ices as			خدمات	نت و اهراد استرنگ علمی	دة ا	نامل قيامك بتحينة هذا اللموذج بالشكل الصحيح لغرض التس الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناقم الوثيقة الموح فوع الطلب 4 1	4
quin	ed according to yo		New	Ø	جدود			Туре		وع مطلب (1)	+
Addi	tion 🗆	(2) إضافة	Mew					me: Al salam	į.	اسم المنشاة :	
Balli	:yNo/CR :			: 43	وثيقة السجل التجا		ntity Na	ine i	AB UDDIN RU	أسم الموظف: STUM ALI	
		793468			م الجوال:	A) 1	mploye	e Name : ASF		رقم الهوية	
	ID Nu				2309098495		-1 Chabus	Married	متزوج 🛘	لدلة الاجتماعية: اعزب Single 🗵	
Gen	der: 1	ا الجنس:	Nationality: 32	1	:44	Marit الجند	ai Statu:		The state of the s	ي الاقصام عن وجود أن من الحالات أداد	يرج
	e declare any of b	slow cases by n	narking √ under	the word		No.	Yes	- تعر -	، المربع ثحث كلمية	ى الاقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع لشارة ﴾ فر	
yes)	:					Ø	0			هل تم التنويج بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟	H
	Any hosipital admis Have you been diag diseases limited to Diseases, Chronic I Urinary tract stone		Ø	0	4.0		، هل تم تشخيصك باي من الأمراض العزملة التلاية قفط: النا ، السرطان، أمراض القلب، الإللهاب الكبدي القيروسي المزم القشل الكلوي، خصوات العسائلة البوانية، تضخم الغدة الدرق بالرهم، الفقي، أمراض المناعة الذائية أو التسلب المتعدد	:			
3	Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases [imited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, GGPDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease,						a	129	موفيتيا، لمراض النه ت الأعضاء التناسشية على الك	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو انتشوهات ا الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجارة، الثلاسيميا، الهي الغاني، استسقام الرأس، ضعور العضائت الشوعي،تشوها التكرومومومات, مرض فوشر, مرض التكسر تقولي التق يدموكر وماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الثليتين الخلق فراتم تشخيصك بأي من أمراض العين الثلثية فقط:	-
4	Have you been did limited to: Catar diseases.	ignosed with any act, Glaucoma, C	of the following ey orneal diseases or	Reuno)		Ø	р			مياه بيضاء، مواه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك	-
5	diseases limited	to: Vertebral disc	of the following be prolapse, Scollosi	one s,		赵			ل الفضروفي الديسك	، هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التلية فقط الإنزازة انحراف العدود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	
6	diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scollosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy						0			للائتر المدائر فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
	Expected deliver	y date dependents det	ails that need to	be added	(In case of a				(ali	بينات الموظف والمراد العائلة المراد الضافتهم 3 (في حالة الإجابة بتعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أد	_
	Yes answer abov	e, please declare الحالة	رقم الجوال	الطول الطول	الوزن	1	رقم الهوي umber	القراية Relation	الهنس Gender	اسم الموقف (الأراد الدائلة Employees/Dependent Name	
	المراقع المرا					ID N	imper	ACTOR OF THE PARTY	100000000000000000000000000000000000000	ASHAB UDDIN RUSTUM ALI	T

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3, I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أخر أن البيشات و المعلومات المذكورة أعاده كاملة و صحيحة و بناه عليه فأن قول الطلب سيتم على أسلس هذه الليانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الانصال بالمستشفيات اللَّني أتعامل معها لمتزويدها بأي معلومات طبيبة قد تحتاج البها لتقييم المخاطر
 - أواقق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفين المطالبة أو التغطية كانيا عند عدم الإفساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تنزيج التعالد أو قبل التسجيل أو اضافة مومن له خلال
 - أقر بالي قد قرأت و فيمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بان عدم اشارتي اسام أي من العالات المذكورة أعلاه يعتبر مطابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيودي إلى رفض تغطية تكاليف صاية جراحة السنة المفرطة

	ا عيد موسمة ج	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	الشاريخ	
Entity's	سلامانحبه		UPDIN			CICI	11118
	للمقاولات العامية			به (11) ^{شهر}	ي مزمن له مضي ع <i>ا</i>	ة طلب نموذج افصاح لأ	عاد تجديد الرشيقة فأنه لا يحق للشر ك

(1) Upon rab0a0095926 the insurer shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) ${\rm It}$ is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

) لا يحق للمركة التأمين طلب تموذج اقصاح طبي للموالية الجند علد اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي

في هال الحلجة الأضافة تابعين أكثر بتم تعينة نموذج جنيد حد نظامية قيام صاحب العمل والنواقع بدلا عن المؤسل له



ensure that you a	form correctly for and your family rec to your unified p	eive health care s	ricing and services as	to_		ىك	افراد اسرتك على خد	نشمان خصولك و		: ج بالشكل الصحيح طلوب حسب منافع	ة هذا النسوة		i
Addition	إضافة (2) 🗆	N	ew I	خبريد 🖸			Туре			(1)	ع الطلب	تو
PolicyNo/CR:			8:	يقة (السجل التجاري:	رقم الو:	Entity !	lame: Alsa	alam				سم العنشاة :	4
Mobile No :	501205727			الجوال:	رقم	Employ	ee Name :	EISSA HAMOO	D SARHAN			سم الموظف:	1
	ID Number			2377607300	2							لم الهوية	رة
Gender: 1	ېنىن:	Nationality:	207	;š.	Mari الجنس	ital Stati	us Married	ieg 🗆	Single	اعزب 🖾		دالة الاجتماعية	A)
Please declare an	ny of below cases b	y marking √ unde	er the wor	d	Y No	نم Yes	- 6	يع تحث كلمة - تع	مع اشارة √ في العر	ن الحالات أدناه بوط	رچود أي مر	, الاقصاح عن و	يرجى
Any hosipital	admission during las	it 12 months?			Ø	0			٧.,	ي خلال اخر 12 شھ	باستثغر	هل تم التثويم	1
diseases <u>limi</u> Diseases, Ch Urinary tract	en diagnosed with an ited to: Autism, Ben ronic Hepatitis C, Ga stones, thyroid goite bimmune diseases or	ign Tumor, Cancer, Ilstones, Kidney fall er, Cysts, fibroid ute	Heart lure,		M	0	ā	ي، حصوات العرارة	التائية فقطر التوحد لقيروسي العزمن س خم القدة الدرقية، ا تصلب المتعدد	ه الائتهاب الكيدي ا	راض القلب ، حصوات ا	،السرطان، أم القشل الكلوي	2
disorder or h Sickle cell dis diseases, Hy maiformation disease, G6PI	en diagnosed with an ereditary diseases <u>lij</u> sorder, Thalassemia, drocephalus, spinal n ns, Chromosomal abr DDeficiency, systicfibr so, Polycystic Kidney	mited to: Cerebral hemophilla, metab nuscle atrophy, gen formalities, aucher osis,hemochromato	palsy, olic sital		Ø	0		بلياء أمر الله التمثيل لأعضاء التناسلية، أ الكومي	أو النشوهات الخلة الثلاميمياء الهيموفي الشوكي،تشوهات ا تسر الغولي النفيف ل الكليتين الخلقي ال	ب الخلايا المتجلية. ن، ضعور العضلات ، غوشر, مرض الذ	فيء الشطراء أسطاع الرأمز مات, مرطر	الشال الدماة الغذائي، اساً بالكروموسو	3
	en diagnosed with ar Cataract, Glaucoma,			s	Ø	0		ķ	الية فقط: أو أمراض الشيكية	ن أمراض العين الذ اع، أمراض القرنية	VI. 200 100 100 100 100 100 100 100 100 100	2010 1000	4
5 diseases Ilm	en diagnosed with ar I ted to: Vertebral di Igament tears.				Ø			لغضروفي النيسك	نفية فقط: الإنزلاق . تعزق الأربطة	ن أمراض العظام الـُ ، التهاب المفاصل أو			5
Current sing Current sing	emales only: le pregnancy le pregnancy with pr tiple pregnancy livery date	evious CS delivery			0						نمين واحد ج فيصرية ، تحد الأجنة	للأثقر الحامر حمل حالي د حمل حالي م حمل حالي م تاريخ الولادة	6
	and dependents de			(In case of a				. (:	م 3 مالة في الجدول أدنا	نعائلة المراد اضافت علاه، الرجاع فكر ال	20.70		
اسم مقام الخدمة Provider Name	tali case	رقم الجوال Mobile No.	تطرل Height	الوزن Weight	دية ID Nun	رقم اله nber	انقرابة Relation	الجنس Gender	Employ	فراد العللة ees/Depend		i	•
		501205727	0	0	2377607	300	EMPLOYEE	1	EISS	A HAMOOD S	ARHAN		1
acceptance of my and that (Saudi Er with to collect any 2. I agree that (Si coverage/daims in	take that all above in enrolment will be on naya) has the right to medical information audi Enaya) has the r n full in case of no de te or before enrolling	the basis of such in contact the hospit needed to assess t right to reject the sclaration of any cas	nformation (al(s) I deal the risk(s). ses prior to				طلب مرتم على أسار ت اللتي أتعامل معها د عدم الاقصاح عن اشتافة مومن له علا	لانسىل بالمستشفرا - او التعطية كاليا عن	ة ﴾ لها الحق في ا يم المقاطر في رفض المطالبة	ركة عناية السعوديا ة قد تحتاج اليها للل عناية السعودية)	ر المعلومات شركة (ش طومات طبير (شركة . بالات المذكو	لبوادات و أن النا الزويدها بالي مـــ افق على أحقية	- الله الله الله أوا و-
this form and I ag	m reading and under tree that not marking declaration, and I si	any case is unders		n			لم أي من الحالات		النموذج كما لتعيد ق الأقصاع عنه و .				

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

Employee Signature

to cover the cost of obesity surgery

Entity's

- form for any insured who has been insured for 11 months.

 (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(۱) عد تجدید الرشقة فاته لا یحق الشرکة خلب تموذج افساح لأي مومن له مضی علیه (11) لشهر

التاريخ

عدم تعينة بيدات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة

توقيع الموظف

- (2) الا يحق لشركة التأمين طلب نموذج انصاح طيمي للموالية الجند عند اصاقتهم على وثيقة التأمين الصحى السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تنهين أكثر بتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نطاسية قوام صناحب الحمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.



Dear Insured:

نموذج الافصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

Pleas ensu	re that you and	rm correctly for your family rece o your unified po	the purpose of prive health care solicy benefit.	ricing and ervices as	<u>Lto</u>		ىك	افراد اسرئك على خد	ضمان حصولك و				<u>زى المؤمن له</u> قيامك بتعينة هذا الذ عاية الصحية بالشكل	نامل
Ad	dition	إضافة (2) 🗆	N-	ew	D 44			Туре		JOHN WAR	W. 100	(1)	الطلب	نوع
Pol	icyNo/CR:			3	ا السجل التجاري :	رقم الوثيقة/	Entity !	Name: Alsa	lam				المنشاة :	ima
-		596976187				رقم الجو	Employ	ee Name :	MUHAMMAD F	AWAD RAUF			الموظف:	hud
-		Number			23766228	96							لهوية	رقم
Ge	nder: 1		Nationality:	321		Ma الجنسية:	rital Stat	us Married	D 533	Single مت	E3	أعزب	ة الاجتماعية:	الحال
Pleas	se declare any o	AND THE RESERVE OF THE PERSON	, marking √ unde	SALES AND SALES	d	No	ئم Yes	-,	بع تحت كثمة - تـ	اشارة √ في المر	دناه يوشع	, من الحالات أ	الصاح عن وجود اي	يرجى ال
yes			10			Ø	-	line series		,	44.12	di Na di	مل ثم التنويم بالعسنة	
2	Have you been of diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	I to: Autism, Benis ic Hepatitis C, Gall	of the following cl gn Tumor, Cancer, stones, Kidney fail r, Cysts, fibroid ute	Heart ure,		M		1	ن، حصوات العراز	ثانية فُقطَّرُ التُوحد. روسي العزّمن سم م الخدة النرقية، ال	المزملة الذ الكيدي اللي ولهة، تضك	من الأمرانس قلب، الالتهاب ت العسائك الي	هل تم تشخیصک یای السرطان، آمراض الا غلشل الکلوی، حصوا الرحم، الغلق، آمراض	. 2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDe	ditary diseases <u>lin</u> Jer, Thalassemia, I cephalus, spinal m Chromosomal abno	y of the following on the following on the following of the morphilla, metabuscle atrophy, genormalities, aucherbasis, hemochromatolisease.	palsy, offic ital s		Ø	0		لياء أمراض التمثيرُ وُعضاء التفاسلية، الكيسى	الاسيمياء الهيموفيا شوكي،تشوهات الا در الفولي، التليف ا	لمتجلية، الأ العضلات ال رض التكس	قراب الخلايا ا رأس، ضعور ا رض غوشر ، م	هل تم تشخیصك باي الشل الدماغي، اضد الغذائي، استمطاع ال الكروموسومات, مر هيموكروماتوسيس	3
4			y of the following e Corneal diseases or	\$10000 NOON TO	S	Ø	п						هل تم تشخیصک پار میاه بیضاو، میاد ز	
5		d to: Vertebral dis	y of the following b c prolapse, Scollos			Ø	0		لغضروفي النيسك				، هل ثم تشخيصك بأو والحراف الصود القار	
6	Pregnant Fem. Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pre pregnancy	vious CS delivery				0					د ية سايلة بشة	للأثش الحامل فقط: همل هالي جنين واه همل هالي مع قيصر، همل هالي متعدد الأم تتريخ الولادة المتوك	
			ails that need to the case in the tab		(In case of a	1			. (6				بيانات الموظف و الحرا (في هالة الإجابة يتع	
	اسم مقتم الخدمة ovider Name	الدالة case	رقم الهوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID Nu	رقم الهوي umber	القرابة Relation	البشن Gender	Emplo		، \فراد العاللة Dependen		•
			596976187	0	0	237662	2896	EMPLOYEE	1	MU	HAMMAI	D FAWAD	RAUF	1
1. I acce and with 2. I cove the duri 3. I this "Not 4. F	phance of my enr that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi erage/claims in fu contractual date of ing the contract, hereby confirm of form and I agree thing requires dec	olment will be on to b) has the right to edical information of Enaya) has the ri il in case of no decorr before enrolling eading and unders that not marking daration" and I sig eight and height in	daration of any cas or adding a new Ir tanding all points p any case is unders	oformation al(s) I deal he risk(s). es prior to nsured presented i tood as	n				لاتصال بالمستشفيا او التنطية كليا عا أو قبل التسجيل أو بأن عدم الشارتي اد لليه اوقع) نها المق في ا المخاطر في رفض المطالبة فيل تاريخ التعالا لنموذج كما التعيد ا	السعودية إليها لتقيم ردية) ة اللتي تشأث اللتي تشأث ما يستحق	سات المذكورة (شركة عناية طبية قد تحتاج كة عناية السم شكورة أعلاه ا تد جميع ما جا	تات و أن الشركة ريدها بأي مطومات. ل على احقية (شرة	. اقر ا التزو التزو وجو وجو فترة الترا
Enti	ty's stamp a	مزسة الم النخ اولات العام	Emplo	yee Signat	A W	(a) A [)	توقيع الموظف	Date	, , , ,	تاريخ 🗸 🕽		K	

form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب تعوذج اقصاح طبي للمواليد الجند عند اضعافتهم على وتوقة التأمين المسحى
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جنبت
 - (4) حدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



New 🖾 🏎	نوع الطلب (1) Type
New	
201 11 11 11	اسم المقتلة : Al salam
Emp رقم لجوال: 2376625527	اسم الموطف: TAMEEM ABDULLAH AL AZABI وoyee Name : TAMEEM ABDULLAH AL AZABI
Marital St تجنيبة: 207	
تم ۲ اسم	جي الألصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة أ+ في المربع تحت كلمة - نعم -
☑ □	هل تم التتويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟
g chronic er, Heart failure, uterus, is.	« « تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التائية فقطر التوحد الأورام الحميدة السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي العزمن سي، حصوات المرارة الفقش الثانوي، حصوات العمدلك البوائية، تضخم الغاة الدرقية، التكيمات، ورم ليفي بالرحم، الفائي، أمراض المناعة الذائية أو التصلب العتجد.
ag congenital pral palsy, tabolic genital her's hatosis,	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية ققط: الشنال المعاقي، المساحة بالمعاقب، المحاول المخاليا المنجلية، الثلاث المعاقب المحاولة أم الله التعاليات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراش الخذائي، استحداث المحاولة التخديد الأعضاء التناسلية، أمراش المحاولة التكويد التوليد الكيدي المحاولة مرض في المدون، تكهين الكليتين الخلقي الوراثي
ng eye diseases s or Retinal 5₫ □	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين الثانية فقط: مهاه بيضاء، مياه ترفاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
ng bone tiosis,	، هل تم تتسليمتك باي من أمراض العظام الثالية قلط: الإنزلاق الفضروفي النيست الحراف العمود القطري، التهاب المقاصل أو تعزق الأربطة
ry D	<u>اللائش المامل فقط :</u> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة تمتوفع
	بيالت الموظف والحراد العائلة المراد الصافتهم 3
to be added (In case of a table below)	(في هالة الإهلية بنعم أعلاه، الرهاء نكر الحالة في الجدول أدناه)
to be added (In case of a	(في حالة الإجابة بنع اعلاه الرجاء تكر الحالة في الجنول انتاه) اسم الموظف القراد العائلة الجائلة الجائلة العائلة العائلة الجائلة العائلة العا

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن الدائلة و المعلومات الدنكورة أعلاء كاملة و صحيحة و بناه طابه فأن قبول الطاب سيتم على أساس هذه الدينات و أن الشركة (شركة حابة السعودية) لها الدق في الانصمال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها المتزوردها بأي معلومات طبية ك تعتاج البها تنظيم الدخاطر
 - أو الذي على أحارة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تلزيخ التعالد أو قبل التسجيل أو اطنافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أفر يأني قد قرآت و قيمت جميع ما جاء في هذا التموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعقبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقساح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة.

Entiry's Stemp	Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	Date	التاريخ
المرم التحابة			Para	C , C ,	111/2

- (1) Updn0dn0g05092glicy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوائسة فانه لا يحق التشركة طلب تموذج الهماح لأي مؤمن له مضى عليه (11) لشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج المساح طبي المواليد الجدد عند اصلاقهم على وتبغة التأمين المسحي السارية
 - (3) في حال الحلجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نسوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Plea		your family rec	the purpose of peive health care solicy benefit.					ىك	قراد اسرتك على خدم	منمان حصولك و ا	لشكل الصحيح لغرطن التسمير و ا بـ حسب منافع الوثيقة الموحدة		دابل قيا
Ad	Idition	إضافة (2)	N	ew	خدت 🛭				Туре			(1) 4	ثوع الط
Po	licyNo/CR :				السجل التجاري :	رقم الوثيقة/		Entity I	Name: Als	alam		; 51.51	اسم الد
	Mobile No :	568413095			id:	رقع الجوا	1	Employ	ee Name :	HESHAM MAG	DI ELTABEI IBRAHIM	وتلفع	أمنع الد
	MEDICAL PROPERTY.	Number			24021851	173	-					ių.	رقع الهو
Ge	ender: 1	The Control (Inc.)	Nationality:	207		الجلسية:	4arit	tal Stat	us Married	1 - EJZ	عزب Single 🗹 عزب	اجتماعية: أ	الجالة ال
	se declare any		y marking √ und	er the wor	·d	No.		لم Yes	-,		بالات أدناه پوضع اشارة √ في المر	ماح عن وجود أي من الد	يرجي الاقت
1	Any hosipital ad	mission during la	st 12 months?			E	4	п			ل اخر 12 شهر ۲	تم التلويم بالمستشفى خلا	JA 1
2	diseases limited Diseases, Chron Urinary tract sto	d to: Autism, Ben ic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goite	y of the following o ign Tumor, Cancer, Ilstones, Kidney fai er, Cysts, fibroid uti Multiple sclerosis.	Heart lure,		E	a	0		ي، حصوات العزارة	راض العزمنة الثانية فقط: التوحد لنهاب الكبدي الفيروسي العزمن سا لك البولية. تضخم الفدة الدرقية. ال بة الذائية أو التصلب المتعدر	رطَّانَ، أمراضَ الْقَلْب، الاا ل الكلوي، حصوات العسا	2 الم تقت
3	disorder or here Sickle cell dison diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	ditary diseases <u>li</u> der, Thalassemia, cephalus, spinal r Chromosomal abi	ny of the following of mited to: Cerebral hemophilla, metab nuscle atrophy, ger normalities, aucher rosis, hemochromate Disease.	palsy, olic sital		Б	a		100	يليا، أمراض التمثيل لأعضام التناسشية، أ الكوسي	براض الوراثية أو الكشوهات النفاة فلايا المنجليات، الثلاسيميا، الهيموة سعور العشالات الشوكي، الشوهات ا شر, مرض التكمر اللولي، الثانية ويلمون, تكيمن الكليتين الطلقي ال	ئل التماغي، اضطراب ال ثاني، استسقاء الرأس، ط تروموسومات _، مرض غو	스마 로마 다.
4			ny of the following of Corneal diseases or		s	le	Δ	п		10	راض العين التالية فقط: مراض القرنية أو أمراض الشبكية	ل تم تشفیصک بای من آم باه بیضاء، میاه زرقاء، آ	
5		d to: Vertebral di	ny of the following b sc prolapse, Scollos			G	Z			الغضروفي التيسك	راض العظام التقية لحفظ الإنزلامي پاپ المفاصل أو تمزق الأربطة		100
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pr pregnancy	evious CS delivery				0					ش _{ر ا} لدامل <u>فقط :</u> ل حالي جنين واحد ل حالي مع فيصرية سابط ل حالي متحد الأجنة يخ الولاءة المتوقع	~~ ~~
			tails that need to		(In case of a	a				{e ¹	ة المراد اضافتهم 3 الرجاء نكر الحالة في الجدول أدا	ات الموظف و افراد العائل , حالة الإجابة بنعم أعلاه،	200
	اسم مقدم الخدمة rovider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	ID N		رقم ال	لازایة Relation	الجنس Gender	Employees/Depe	PLOTE ESTABLISHED	,
			568413095	0	0	24021	1851	73	EMPLOYEE	1	HESHAM MAGDI ELT	ABEI IBRAHIM	1
and with 2.1 cow the duri	eptance of my enr that (Saudi Enaya to collect any mo agree that (Saudi erage/claims in fu contractual date of ing the contract.	olment will be on a) has the right to dical information Enaya) has the r il in case of no de or before enrolling	formation are corre the basis of such in contact the hospit needed to assess t ight to reject the claration of any cas or adding a new In	nformation al(s) t deal he risk(s). ses prior to asured					ت اللتي أتعامل معها د عدم الاقصاح عن اشتقة مومن له علاا	الانصال بالمستشفية ة او التفطية كليا عند د او قبل التسجيل أو	نكورة أعلاه كاملة و صحيحة و با عناية السعودية) لها الدق في تحتاج الهها لتقيم المخاطر السعودية) في رفض المطالب أعلاه اللتي نشلت قال تاريخ التعاق	د و أن الشركة (شركة ها بأي مخرمات طبية قد طى احقية (شركة عنايا ي من الحلات المذكورة يان العقد	1. اقر أن البيانان المتزويد 2. اوافق ـ وجود ا فترة سر
"No 4. F	form and I agree thing requires dec	that not marking daration" and I sig eight and height i	any case is unders on on these basis. Information will resi	tood as						عليه اوقع	ما جاء في هذا التموذج كما قديد وجود ما يستحق الأفصاح عله و ن سيودي الي رفض تغطية تكاليف	ة أعلاه يحتبر بمثابة نغي	المذكور

(1) Upon renk 0al 0 0.9 5000 6the lasurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured to 11 months.

Employee Signature

(4)

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

للمقاولات العام

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

C . C (/ V) \(\lambda \)

(1) - are trainer before the V seed Ultra (25 of the Land of

التاريخ

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الصاح طبي المواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين المسمى السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تنبعن أكار بتم تجنة نموذج جديد
 - (4) عدم تطامية فيام صلحب الحل بالتوفيع يدلا عن المؤمن له



Pic	ure that you and	orm correctly for I your family rece to your unified p	ive health care					ىك	فراد اسرتك على خدم	عان حصولك و ا	ر <u>له</u> ئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لط بة باشكل المطلوب حسب منافع الوثوقة الموحدة	
A	ddition	إضافة (2) □	1	lew	Ø .,	4	-		Туре		(1)	نوع العثب
P	olicyNo/CR:				سجل التجاري :	ر الد شقة/ الد	. i	Entity	Name: Als	alam		اسم المتشأة :
	Mobile No :	505878537				رقم الجوال:	7	-			ULRAHMAN AL AMERI	اسم الموظف:
	ID	Number		T	237520	4. 1. 1.	_	Limpio				رقم الهوية
G	ender: 1		Nationality:	207) Mar	ital Stat	us Married	0 51	ة: اعزب ⊠ Single متزر	الحالة الاجتماعي
		of below cases b		er the wo	rd		٦ No	نعم Yes			وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة ﴾ في المرب	
(ye	s) : Any hosipital ad	imission during last	t 12 months?				Ø				۾ پڻمينشقي خلال اخر 12 شهر ؟	هل تم التنوي
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	diagnosed with any d to: Autism, Beni lic Hepatitis C, Gall ones, thyroid golter mune diseases or	gn Tumor, Cancer, stones, Kidney fai , Cysts, fibroid ub	Heart lure,			Ø	0	113	بالحصوات المزارة	يصك يأي من الأمراض العزمنة الثالية فقط: التوحد، ا أمراض القلب، الإلتهاب الكيدي القيرومين العزمن مني ي، هصوات المسائلة اليولية، تضلم الفرة الدرقية، الثا ق، أمراض العناعة الذاتية أو التصلب المتحد.	،المبرطان، أ القشل الكلوم
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, GGPDDo	diagnosed with amy ditary diseases <u>lin</u> der, Thalassemia, I cephalus, spinal m Chromosomal abno eficiency, systicfibro Polycystic Kidney D	nited to: Cerebral nemophilia, metab uscle atrophy, ger ormalities, aucher sis,hemochromato	palsy, olic iital s			Ø	0		يا، أمراض التعثيل عضام التفاسلية، ا تعيسى	ليصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الطلقية اغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاضيعيا، الهيموقيا شكاء الراس، ضمور العضالات الشوكي، تشوهات الأ ومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي، الثليف الا متوسيس, مرض ويشون, تكيس الكثيثين الفلقي الو	الشئل الدما الغذائي، اس بالكروموس
4		diagnosed with any aract, Glaucoma, C			s		Ø	0		9	خيصك باي من أمراض العين الثانية فقط: ماه، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	
5		dlagnosed with any d to: Vertebral disc ment tears.					Ø	0		غضروفي الديسك	خيصك بأي من أمراض العظام الثالية فقط: الإنزلاق ال لعمود الفقري، التهلب المفاصل أو تعزق الأربطة	
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy oregnancy with pre oregnancy	vious CS delivery				0	1			<u>مان فقط :</u> چنین واحد مع فیصریهٔ سابقهٔ متحد الاجنهٔ برهٔ المتوقع المتوقع	حمل خالي حمل خالي
		dependents deta			(In case of	fa .	771			. (رَطْفُ وَاقْرَادُ الْعَائِلَةُ الْمَرَادُ الصَّافَتُهِمُ 3 الإجابةُ بَعْمُ أَعَلَامُ الرَّجَاءُ نُكُرُ الصَّالَةُ فِي الْجِدُولُ أَنْمُاهٍ	
Р	اسم مقدم القدمة rovider Name	الدلة case	رقم الجرال Mobile No.	تطرق Height	الوزن Weight	ID	برية Num	رقم الو ber	القرابة Relation	البشن Gender	ـــر الموظف القراد المائلة Employees/Dependent Name	
			505878537	0	0	237	52063	394	EMPLOYEE	1	HAMED ABDULRAHMAN AL AME	RI 1
1. I acco and with 2. I cov the dur 3. I this 'No 4. I	eptance of my ennithat (Saudi Enaya in to collect any me agree that (Saudi erage/claims in ful contractual date of ing the contract, hereby confirm re- form and I agree thing requires dec-	that all above info oliment will be on the a) has the right to of dical information in Enaya) has the right if in case of no declar or before enrolling of eading and underst that not marking a laration" and I sign eight and height in	he basis of such in contact the hospital leeded to assess the phase of any case or adding a new In anding all points party case is understant on these basis.	formation formation al(s) I deal the risk(s). es prior to isured resented in tood as					ات اللّتي أتعامل معها ند عدم الاقصاح عن ر اضافة مؤمن له خلا مام أي من الحالات	لانصال بالمستندق او التخطية كليا ع أو قبل التسجيل أو بأن عدم نشارتي ا	. و المعلومات المنكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بنا الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في اا معلومات طبية قد تحتاج اليها تقييم المخاطر نية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة الحالات المنكورة أعلاء اللكي نشأت قبل تاريخ التعالا	البيتات و أن الترويندا بأي أن اواقق على احد وجود أي من ا المرة سريان ال إن الرياني ال المذكورة أعلام
	ity's stamp	مرسة المام	Employ	ee Signatu	re	(4)	<u>ا</u> بر	56	توقيع الموظف	Date		

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled,

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الرشقة قانه لا يحق الشركة طلب نموذج المساح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر

(2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للمواليد الجند عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة الأضافة ثابعين أكثر يتم تعبنة تموذج جنبد

(4) عدر نظامیة قیام صناحت الحمل بالتوقع بدلا عن المؤمن له



Please declare any of below cases by marking \(\) under the word \(\) No \(\) Yes \(\) \(\) \(\) Yes \(\) \\ \(\) \\ \(\) \\ \(\) \\ \(\) \\ \(\) \\ \(\) \\ \(\) \(\) \\\ \(\) \\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	هل تم اللتو ، هل تم تش ، المرطان، الفشل الكلو
TD Number 2388348399 Gender: 1 : المنافع المقادر المنافع الم	اسم الموظف: قد الاجتماء من الاقصاع عو على تم اللتو المرطان المرطان الفشل الكلم
Render: 1 الجنس: Single الجنس: Single الجنس: المعادة الدول المعادة ال	حالة الاجتماء عر من الاقتصاح عر حل تم اللتو ، هن تم تثد ، المرطان، الفشل الكلو
Please declare any of below cases by marking v under the word yes): Any hosipital admission during last 12 months? Any hosipital admission during last 12 months? Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to; Autism, Benign Turnor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Galistones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases: limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Careact, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone	ن الاقصاح عر هل ثم اللتو ، هل ثم تث ، السرطان،
المحدود المح	هل تم اللتو ، هل تم تش ، المرطان، الفشل الكلو
Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Turnor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital maiformations, Chromosomal abnormalities, aucher's diseases, GeppDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone	، هن تم تش ،المرطان، الفشل الكلو
diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, الش الكتب الاثنياب الكنوى للبرومين الفرمن من، حصوات العراق ألل المتعاد الاثنيات الكنوى للبرومين الفرمن من، حصوات العراق ألل المتعاد المتع	،السرطان، الفشل الكلو
disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital maiformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bane	
ال المن الثانية فقط: المن الثانية فقط: التا التابية فقط: التابية فقط: التابية فقط: Imited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal التابيكية التابيكية المراض القرنية أو أمراض الشبكية المراض القرنية أو أمراض الشبكية المراض التابيكية التابيكية المراض التابيكية التابيكية المراض التابيكية ا	الشئل الد الغذاني، بالكرومو
51 1 - 2000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	- 17 1 1 1 1 1
ممة باي من شراص العظم التناية فلط: الإثر لاق التصروفي الديسك	
الله المنافذ : Current single pregnancy Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery الله الأجناة Expected delivery date	حمل خال حمل خال
Employee and dependents details that need to be added (In case of a عند المدالة المدا	
الموظف الغراد العتلة الجنس القرابية رقم الهوية الوزن الطول رقم الهوال الحالة اسم مقدم الخدمة Provider Name case Mobile No. Height Weight ID Number Relation Gender Employees/Dependent Nam	
571378078 0 0 2388348399 EMPLOYEE 1 SYED MOHAMMAD RAFI	

- coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the gost of obesity surgery.

- وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشات قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في جنا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشاركي امام أي من الحالات المذكورة أعاثه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عفه و عليه اوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تنطية تكانيف عطية جراحة السعنة العفرطة

Entity's stam توفيع الموظف mployee Signature C.C. 14 112 10100959 the instales shall not request a declaration

- (1) Upon rees form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق تلشركة طلب نموذج افساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق اشركة التأمين طلب بموذج العساح طبي للمواليد الجدد عند اصطفهم على وثيقة التأمين العسمي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكاثر يتم تعينة نموذج جنود
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب الحل بالترقيع بدلا عن العزمن له



Plea		your family re	or the purpose of ceive health care policy benefit.					ىك	راد ابىرىك على خدم	مان حصولك و الا	من له : تعبد هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لمم حية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة		نام
A	ddition	إضافة (2) 🗆		New	Ø →	+	T		Туре		(1)	ع الطلب	نو
P	olicyNo/CR:				حل التماري:	رقم الوثيقة/ الس	Τ,	entity I	Name: Als	alam		سم المنشاة	4
_	Mobile No :	573396298				رقم الجوال:	+		ee Name :	RAKESH SU		سم العوظة	
	ID	Number			230521	6190						لم الهوية	i,
G	ender: 1	نس:	Nationality:	304		٨ الجنسية:	4arita	al Stat	us Marrie	1 🗆 EJ	اعرِهٔ: اعزب ⊠ Single متز	مثلة الاجتم	4
Plea (ye:		of below cases i	by marking √ und	ler the wo	ord	N ₁		نم Yes		ع تحث كلمة - تعم	عن وجود أي من الحالات أنثاه بوضع اشارة له في المرب	الأفساح	.40
1	Any hosipital ad	mission during la	st 12 months?			E	a	0			تويد بالسنشقى خلال اش 12 شهر ٢	هل تم الت	T
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	d to: Autism, Ber ic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goit	ny of the following nign Tumor, Cancer allstones, Kidney fa er, Cysts, fibroid ut r Multiple sclerosis.	, Heart ilure,		6	ži .	0		، حصوات العزارة	شخيصك باي من الأمراض المزمنة الثانية فقط: التوحد. ا ي، أمراض القلب، الإلتهاب الكيدي القيرومي المزمن سي لوي، حصوات المسائك اليولية، تضغم الخدة الدرقية، التذ لفتى، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتعدر	،السرطار القشل الك	
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease,G6PDDe	ditary diseases <u>li</u> der, Thalassemia, cephalus, spinal r Chromosomal abi	ny of the following imited to: Cerebra hemophilla, metal muscle atrophy, ge normalities, aucher rosis, hemochromat Disease.	l palsy, polic nital		ē	z	0		يا، أمراض التمثيل عضام التناسلية، أ تكيمني	شخيصك ياي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الطاقية تماغي، اضطراب الخلايا المنجئية، التلاسيميا، الهيموفرارا ، استسقام الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأ ومنومات، مرض غوشر، مرض التكمر القولي، التلهف الا وماتوميس، مرض ويلسون، تكيمن الكليتين الخلقي الور	الشئل اا الغذائي بالكروء	
4	51.000000 0 7.00001.000000		ny of the following Corneal diseases o	3.70.40000000000000000000000000000000000	es	æ	2	0			تشخيصك باي من أمراض الغين الثانية فقط: يضاء، مياد زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية		T
5		d to: Vertebral di	ny of the following sc prolapse, Scollo			E	a	0		غضروفي النيسك	تَشْخَيْصَكُ بِأَي مِنْ أَمْرَاضَ العَقْلَمِ التَّالِيَّةُ فَقَطْرُ الإلزّلاقِ ال - العمود الفقري، النّهاب المفاصل أو تعزق الأربطة		
6	Pregnant Fem: Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with prepresency	evious CS delivery				0				لحامل <u>فقط :</u> الى جنين واحد الى مع قيصرية سابقة الى متعدد الأجنة لولادة المتوقع لولادة المتوقع	حمل ه حمل ه حمل ه	
			tails that need to			la .					لموظف وافراد العالمة المراد اضافتهم 3 له الإجابة بنّم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه		177
Pi	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة case	رقم الهوال Mobile No.	الطول Height	افرزن Weight	570693	الهوية umbe		انثرابة Relation	الجشن Gender	اسم الموظف لافراد العائلة Employees/Dependent Name		٠
			573396298	0	0	23052	16190	0	EMPLOYEE	1	RAKESH SUNAR		1
1. I acce and with 2. I cove the duri 3. I this	ptance of my enri- that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi erage/claims in ful contractual date o ng the contract. hereby confirm re	olment will be on) has the right to dical information Enaya) has the r i in case of no de- r before enrolling adding and unders that not marking aration" and I sig aration" and I sig	claration of any cas or adding a new In standing all points p any case is unders on on these basis.	nformation al(s) I deal he risk(s). ses prior to insured presented in tood as	n				لت اللتي أتماثل ممها لد عدم الاقصاح عن إ اضافة مومن له خلا مام أي من الحالات	لاتصال بالسنشفيا أو التقطية كليا ع أو قبل التسجيل أو يان عدم اشاركي ا عليه اوقع	التقويض : ثاث و المطرمات المتكورة اعلاه كاملة و مسجيعة و يذ أن الشركة (شركة مناية السعودية) لها الحق في اا أي مطرمات طبية كد تعتاج البها لتقيم المخاطر تر الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تتربح التعاقد با العقد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أنعهد ، علاه يمكير بطابة نعي وجود ما يستحق الأفساح عنه و عاد	اتر آن البيا البيانات و للزويدها ب أوافق على وجود أي ه فترة سزياز لقر باني قد	,

i) Upon received of the policy , the insurer shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الرشعة فأنه لا يحق الشركة طلب نموذج المساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طالب نموذج العصاح طبي للموافيد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 السفرية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تايعين أكثر يتم تعينة نعوذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ple	ar Insured: ease Fill out the	form correctly f	or the purpose of	pricing a	nd to				was no sa			_	زيزى العؤمر	_
		d your family re to your unified	ceive health care policy benefit.	services	as				راد اسرتك على خدماد	مان حصوك و افر		ينة هذا النموذج بالشكل الصحيا بة بالشكل المطلوب حسب مناة		
Α	ddition	شافة (2) 🗆	!	New		474			Туре			(1)	ع الطلب	ji.
P	olicyNo/CR:				چل التجاري :	الوثيقة/ الس	رقم	Entity	Name ; Al	salam			م المنشأة :	4
	Mobile No :	576274117				رقع الجوال:		Emplo	yee Name :	SURENDAR	SAHANI		م الموظف:	1
_		D Number			237520								م الهوية	رق
- 6	iender: 1	:0	Nationality :	900	1015	بنسية		ital Sta	tus Marrie	d 🗆 Ea	Single متر	پة: أعزب ☑	بالة الاجتماء	الد
	ase declare any	of below cases	by marking √ unc	der the wo	ord		Y No	نم Yes	-	ع تحث كلمة - تعم	بضع اشارة √ في العرب	، وجود أي من الحالات أنناه بو	الاقصاح عز	يرجي
1		dmission during t					M				1	يم بالمستشقى خلال اخر. 12 -	هل ثم الثنو	1
2	diseases <u>limit</u> Diseases, Chro Urinary tract st	ed to: Autism, Be inic Hepatitis C, G tones, thyroid goi	iny of the following nigh Tumor, Cancer allstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid ut ir Multiple scierosis.	, Heart ilure,			Ø			، حصوات العرارة	، القيروسي المؤمن مني تضخم الغدة الدرقية، الت	من الأمراض المرّم أمراض القلب، الالتهاب الكيدو ري، حصوف المسلك اليوثية، تق، أمراض المناعة الثانية أو	،السرطان، القشل الكثو	2
3	disorder or her Sickle cell diso diseases, Hydri malformations, disease, G6PDD	editary diseases J rder, Thalassemia ocephalus, spinal Chromosomal ab	ny of the following Imited to: Cerebra , hemophilia, metat muscle atrophy, ge normalities, aucher rosis, hemochromat Disease,	l palsy, polic nital			Ø	п	براض	يا، أمراض التمثيل عضاء التناسلية، أ لكيسى	بة. الثلاث يمياء الهيمو أبياً (ت الشوكي، تشوهات الأ التكمر القولي، الثليف ا	خيصك بأي من الأمراض الورا ماش، اضطراب القلايا المتجلا استملاء الرأس، شمور العضا سومات, مرض قوشر, مرض يملكوسيس, مرض ويشون, تا	الشلل الد الخاصي، بالكرومو	3
4			ny of the following of Corneal diseases of		ės		Ø	0			الثالية فقط: نية أو أمراض الشبكية	لنخيصك يأي من أمرانش العين نباء، مياه زرقاء، أمراض القر	هل ثم ث میاد بی	4
5		ed to: Vertebral d	ny of the following i isc prolapse, Scollos				Ø	а		نفضروفي الديسك		ليغيضك يأي من أمراض العقا العمود الفقري، التهاب المقاص		5
б	Pregnant Fent Current single Current single Current multiple Expected delive	pregnancy pregnancy with pr e pregnancy	revious CS delivery	i .			0	E				دامل فقط : ن جنين واحد ن مع قيصرية سابقة ن متعد الأجنة لادة المتوقع	حمل خار خمل خار حمل خار	6
	Employee and Yes answer abo	l dependents de	tails that need to	be added	(In case of	a						موطق والهراد العقلة المراد اط الإجابة يتعم أعلاه الرجاء ذة		
	اسم مقدم الكدمة ovider Name	الحالة Case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID	لهوية Numb	2000	نقربة Relation	البنس Gender		اسم الموظف القراد العائلة Dependent Name	رقي ڪاد	,
			576274117	0	0		20620		EMPLOYEE	1		NDAR SAHANI	+	1
1. I acce and with 2. I cove the durin 3. I this "Not 4. Fa	ptance of my enr that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi rage/claims in fu contractual date of ing the contract. hereby confirm or form and I agree thing requires dec- ailure to fill the wa over the cost of ol	olment will be on a) has the right to edical information i Enaya) has the rill in case of no de or before enrolling eading and unders that not marking laration" and I sig- elight and height in	claration of any case or adding a new In standing all points p any case is underst	formation sli(s) I deal she risk(s). ss prior to sured resented in ood as					لت اللتي أتعامل معها تدعدم الاقسماح عن و اطباقة مومن له خلا مام أي من الطالات	الاتصال بالمستشفر 4 أو التعملية كليا ع لا أو قبل التسميل أ يان عدم اشارتي ا عليه اوقع	مودية) لها الحق في بالتقيم المخاطر :) في رفض المطال يشأت قبل تاريخ التحاق ي خذا التحوذج كما التعهد يستحق الأفصاح عنه و	التقويض : الت والمعقومات المذكورة أعان السائد أو المستومات السائد السائد السائد التناج المسائد التناف الت	قر أن البيات البيانات و قراودها با وجود أي م فترة سريان لقر باتي قد المذكورة أد	.2
Entit	ry's stame 2 101	مالىك اولات العام 0095926	Limploy Conploy	ee Signatu		(a) A	H	A	توقع الموطف	Date		14115		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق الشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مضمى طبه (11)أشهر
- (2) لا بحق لشركة التأمين طلب نموذج افسماح طبي للمواليد الجند عند اصفاقهم على وثبقة التأمين السمحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأنسافة تابعين أكثر يتم تعبنة نعوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ple ens	ure that you an	orm correctly fo d your family rec to your unified p	ceive health care					ت	راد اسرتك على خدما	نسان حصولك و افر	: لتموذج بالشكل الصنحيح لخرض التسمير و لم إن المطلوب حسب مثافع الوثيقة الموحدة		نامل
А	ddition	إضافة (2) 🗆		New	E 7	4	-		Туре		(1)	الطلب	نوع
P	olicyNo/CR:				مجل التجاري :	الوثيقة/ الم	رقم	Entity	Name: Als	salam		م المتشاة :	الم
	Mobile No :	552733743				قم الجوال:	,	Emplo	yee Name :	SHARFY AWA	D ALI SHARFY	م الموظف؛	السم
	11	Number			232903	6426						الهوية	رقم
G	ender: 1	ېلىن:	Nationality :	207		نسية:	Mari	ital Stat	tus Marrie	d 🗆 53	اعزب ⊠ Single ستّ	لة الاجتماعية:	الحال
Ple (ye	Y 0	of below cases b	y marking √ un	der the wo	ord		No.	نم Yes	5	يع تحت كلمة - تعم	أي من الحالات أدناه يوضع اشارة ﴾ في المرء	الاقصاح عن وجود	برجی ا
1	Any hosipital ad	tmission during la:	st 12 months?				Ø	п			ستشقى خلال المر 12 شهر ؟	هل تم التثويم بالمد	
2	diseases limite Diseases, Chron Urinary tract st	diagnosed with an d to: Autism, Ben nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goite imune diseases or	ign Tumor, Cancer Ilstones, Kidney fa er, Cysts, fibroid u	r, Heart nilure, terus,			Ø			ن، حصوات المرارة	أي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي المزمن مم وات المسئك اليواية، تضغم الفدة الدرقية، ال اض المناعة الذائية أو التصلب المتعدد	،السرطان، أمراض الفشل الكثوي، حص	2
3	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	diagnosed with an editary diseases <u>lit</u> der, Thalassemia, ocephalus, spinal n Chromosomal abr eficiency, systicfibr Polycystic Kidney I	mited to: Cerebra hemophilia, meta nuscle atrophy, ge normalities, aucher osis,hemochromal	al palsy, bolic enital r's	a		Ø	0	ر اش	يايا، أمرانش التعثيل لأعضام التنامطية، أه الكيسى	بأي من الأمراض الورائية أو التشوهات الثلقة ضطراب القلايا المقولية، الثالمبوية، الهيموقي الرأس، ضمور العضات الشوكي،تشوهات الا مرض غوشر, مرض التكمير القولي، التابقة س, مرض ويلسون, تكيس الكليتين القالي الو	الشكلُ الدماعَي، ا القلامي، استعطاء الكروموسومات،	3
4		diagnosed with an aract, Glaucoma,			es		Ø	п			ياي من أمراض العين الثالية فقط: باد زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية		4
5		diagnosed with an d to: Vertebral dis ment tears.					Ø			الغضروفي النيسك	بني من أمراض العظام التائية فقط: الإنزلاق لفقري. التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة		5
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	oregnancy oregnancy with pre e pregnancy	evious CS delivery				0	100			واحد صرية سايقة الأجنة	الأشر الدامل فقد حمل حشي جنين حمل حالي مع في حمل حالي مدهد تعريخ الولادة الما	6
		dependents det ve, please declare				a				(4.	إقراد المثلة المراد الشافتهم 3 ينعم أعلاه، الرجام نكر العالة في الجدول أدا		
Pi	اسم مقدم الخلمة ovider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	تطول Height	الوزن Weight	10	پرية Numi	3.00	القرابة Relation	تېشن Gender	ظف القراد المثلة Employees/Dependent N	اسم المو	٠
			552733743	0	0		90364		EMPLOYEE	1	SHARFY AWAD ALI SHAF		

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المتكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه قان قبول الطاب سيقم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها لتقييم المخاطر
 - 2. أوافق على لطية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلبا عند عدم الاقسماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشات قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اطماقة مؤمن له خلال
 - أقر بأني قد قرات و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يخبر بمثابة نغي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رقض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's

Employee Signature

توقيع الموظف (4)

التاريخ

C.CI 14115

(1) Upon renewal of the policy, the houser shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form fornewborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج اقصاح لأي مزمن له محسى عايه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأصافة تايعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام مساحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

filled.

Dear Insured:

نموذج الاقصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

	and your family re ng to your unified		services	as			اد اسرتك على خدماد	معولك و افر	و لضمان حا				امك بتعينة هذا الد ة الصحية بالشكل	
Addition	إضافة (2) 🗆		New	1	4		Туре					(1)	لب	توع الط
PolicyNo/CR:				سجل التجاري :	رقم الوثيقة/ الـ	Entity	Name: Al	salam					ينشان :	اسم الد
Mobile No :	582334729			- 4	رقم الجوال	Emplo	yee Name :	MOHAM	MAD AR	IF ASLAM			وظفار	أسم ال
	ID Number			237267	2614								رية	رقم اله
Gender: 1	ئس:	Nationality :	321		Mai الجنسية:	rital Sta	tus Marrio	ed 🗆	متزوج	Single	Ø	أعزب	لاجتماعية:	الحلة
Please declare an	y of below cases I	y marking √ un	der the w	ord	y No	نم Yes		كلمة - تعم -	المريخ تحك	اشارة له في ا	ت أيثاه يوشع	ي من الحالان	ساح عن وجود أو	جي الإقد
1 Any hosipital	admission during la	st 12 months?			Ø	_				0	غر 12 شهر ا	تشقی خلال ا	ثر التنويم بالمست	JA
diseases limi Diseases, Ch Urinary tract Hernias, auto	en diagnosed with an ted to: Autism, Ber ronic Hepatitis C, Ga stones, thyroid goite immune diseases on	ign Tumor, Cancer illstones, Kidney fa er, Cysts, fibroid u Multiple sclerosis.	, Heart illure, terus,		Ø	0		إن المرازة	ڻ مني، حصو	ومني العزمز م الغدة الدرقي	اب الكيدي القير اليولية، تضت	القلب، الالتها رات المبسالك	ن تم تشخيصك يأم برطان، أمراض ا نثل الكلوي، حصو رحم، القتق، أمراه	21. 120
disorder or his Sickle cell dis diseases, Hyd malformation disease, G6PD Wilson disease	en diagnosed with ar ereditary diseases <u>li</u> order, Thalassemia, trocephalus, spinal r s, Chromosomal ab Deficiency, systicfibr e, Polycystic Kidney	mited to: Cerebra hemophilia, metal nuscle atrophy, ge normalities, aucher osis,hemochromat Disease.	ol palsy, bolic nital 's cosis,		Ð	0	راش	اص التمثول التفاسطية، إمر	موقیلیاء أمرا ان الأعضاء ليف الكيمس	لاسومیا، الهی تنوکی،تشوها ر الفولی التا	يا المتجلية، الذ ور العضلات ال ر, مرض التك	نطراب الخلا الرأس، ضعو مرض غوشر	ل تم تشخيصك بأ شال الدماغي، الأ فذاني، استمقاع الكروموسومات، هيموكروماتوسوم	in in
limited to: 0 diseases.	n diagnosed with ar ataract, Glaucoma,	Corneal diseases o	r Retinal	es	Ø	а			بكية	ة فقط: . أمراض الث	ض العين التالم راض القرئية أو	ياي من أمرا: ه زرقاء، أمر	هل تم تشفیصگ و میاه پیضاء، میا	
5 diseases <u>limi</u>	n diagnosed with an ted to: Vertebral dis gament tears.				Ø	D		في الترسك					هل تم تشخوصك ب تحراف العمود ال	
Current single Current single Current multi Expected deli	e pregnancy with pre ple pregnancy very date		ñ		C	1						راحد سرية سابقة الأجنة وقع	الأشى الحامل فقط دمل حالي جلين و دمل حالي مع فيت دمل حالي متحد ا دريخ الولادة العال الريخ الولادة العال	
Yes answer at	nd dependents det nove, please declare	the case in the tal	be added	(In case of	3				ل أدناه)				ياتات الموظف وا في خالة الإجابة و	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الدان case	رقم الجوال Mobile No.	تطرن Height	الرژن Weight	برية ID Num	رقم فر ber	القرابة Relation	نس Gend		Employ	سنة ees/Dep	ظف إنقراد ال endent I		٠
		582334729	0	0	23726726	14	EMPLOYEE	1		MOH	AMMAD A	RIF ASLA	AM	1
acceptance of my er and that (Saudi Ena with to collect any n 2. 1 agree that (Sau coverage/daims in f	ke that all above info proliment will be on t ya) has the right to nedical information ri di Enaya) has the ri ull in case of no dec or before enrolling	he basis of such in contact the hospit- needed to assess to the to reject the laration of any cas	formation ol(s) I deal he risk(s). es prior to				لطلب مرتم على أساد ان اللتي أتعامل معها ان علم الإقصاح عن ر إضافة مؤمل له خلا	ل بالمستشفرا غطرة كثيا عا	ن في الاتصا مطالبة او الة	:) لها الحو يم المخاطر في رفض ال	عالية السعودية تحتاج اليها للله السعودية)	طومات المنا بة (شركة بات طبية قد ا شركة عنية	النات و أن الشرك ويدها يأي معلوما ن علم أحقية (1. آفر البيد لتز 2. أواقع
during the contract. 3. I hereby confirm this form and I agre "Nothing requires de	reading and underst e that not marking a claration" and I sign	anding all points p any case is underst on these basis.	resented in tood as				بلم أي من الحالات	دم اشار شی اه رفع	أثميد بأن ع غه و عليه لو	النموذج كما ق الأفصاح -	ما جاء في هذا وجود ما ينتخ	فهدت جميع . بمثالية نفي و	حزیان العقد یانی قد قرات و ه کورة أعلاه یعتبر	3, اتر
4. Failure to fill the to cover the cost of	weight and height in	formation will resu	lt in refusa	f .			منة المفرطة	ة جزاحة الس	تكالرف صلي	فض تغطية	ن سيزدي الى ر	طول و الوزر	م تعيدة بياتات الم	× .4
Entity's stamp	موسية الأم النخ مقاد لات الع	Employ	ee Signatu	AR	I F		توقع الموظف		Date	, с (التاريخ	, v	115	
(1) Upon re10110(form for any insured (2) The insurer is no	395926 theinsu who has been insur t eligible to request	ed for 11 months.					(11)أشير التأمين العسمى						تجديد الوشعة فأن	

(2) لا يعنق لشركة التأمين طلب نموذج العماح طبي للمواليد الجدد عند اصافتهم على وثيقة التأمين العمص

(3) في حال الحاجة الأصافة تابعين أكثر يتم تعبلة نعودج جنبذ

(4) عدم نظامية فيام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن العوامن أه



leas	Insured: e Fill out the form re that you and your d according to	our family receive	he purpose of price we health care ser licy benefit.	ring and to	_		ندمات	و الثراد اسرئك على ذ	و لضمان حصولك	عزيزي الموزمين له : مل قيامك بتعبئة هذا التموذج بالشكل الصحيع لعرض التسمير لرعاية الصحية بالشكل المطاوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	دا ه
		بنبطة (2)	Nev	w Ø	444			Туре		ع الطلب (1)	نو
-			قة السجل التجاري :					ame: Al sala	m	حم المنشاة :	_
_	icyNo/CR:	4552171			الجوال:		Employe	e Name: M	OSTAFA MOHA	سم الموظف: MED IBRAHIM	
N	ionie ito .	umber			2372064911					م الهوية	
	nder: 1		Nationality: 3	21	:4	Mari الجنس	tal Statu	s Married	منزوج 🗆	الله الاجتماعية: أعزب Single 🗹	211
Plea	se declare any of		marking √ under	-33		Y No	نم Yes	نعم ۔	لمريع تحت كلمة ۔	الالفصاح عن وجود أي من الحالات أدناد يوضع اشارة لا في اا	يرجى
(yes		teries duden het	12 months?			82	0			هل تم التنويم بالمستشفى خلال المر 12 شهر ؟	1
2	diseases limited	agnosed with any to: Autism, Beniq Hepatitis C, Gall es, thyroid golter	of the following ch gn Tumor, Cancer, I stones, Kidney failu , Cysts, fibroid uter	re,		Ø	п	41	مداد حصوات الدا	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة الثانية فقط: النوم ، المعرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيرومس المزمن القشل الكلوي، حصوات المعملك البولية، تضلع الغاة الدرقية، يقرحم، القلق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	200
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroc malformations, C	itary diseases <u>lin</u> er, Thalassemia, l ephalus, spinal m hromosomal abn iciency,systicfibro	y of the following co nited to: Cerebral ; hemophilla, metabo suscle atrophy, geni ormalities, aucher's osis,hemochromato: Disease.	oalsy, lic tal			0	ڭ لىراتى	الوثياء أمراض التمث الأعضاء التناسلية بالكيس	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الذ الشال الدماغي، اضطرف الفاتها المتجابة، الثلاسيميا، الهيمو التقاني، استسقام الرأس، ضمور العضائت الشوكي، تشوهات القرامي استسقام الرأس، ضمون العضائت الشوكي، تشاية الفروموسومات، مرض فوشر، مرض التكسر القولي، تشاية إهموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليكين الخلقي	3
4	Have you been d limited to: Cata diseases.	lagnosed with an ract, Glaucoma, (y of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	0			هل ثم تشغیصك باي من أمراض العين الثانية فقط: حياه بيضاء، مياه زرفاه، أمراض القرنية أو أمراض الشبك	4
5	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	to: Vertebral dis	y of the following b sc prolapse, Scollosi	one s,		Ø	D		الغضروفي النيسك	 مان تم تشخیصك بأي من أمراض العظام التائية فقط: الإنزازي الخراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة 	5
6	Pregnant Fema Current single pi Current single pi Current multiple	nies only: regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery			31	n D			للاثنى الدليل فقط : حمل حالى جنون واحد حمل حالى مع قيصرية سابقة حمل حالى متحد الأجنة عمل حالى متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوفع	
	Expected deliver	dependents de	tails that need to	be added	(In case of a				(al	بيانات الموظف والهراد العائلة المراد اضافقهم 3 إلى حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نكر الحالة في الجدول ان	,
(15)	Yes answer abo اسم مقدم الخدية Provider Name	ve, please déclare الحالة case	the case in the tal رقم الجوال Mobile No.	الطول الطول Height	الوزن Weight	پ ID Nu	رقم الهو mber	طرية Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لافراد للمثلة Employees/Dependent Name	٠
15	Provider Maine	-		0	0	237206		EMPLOYEE	1	MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM	1

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعاثه كاللة و محرحة و بناء عليه قان قبول الطلب حرثم على أساس هذه البيالت و أن الأمركة أ (شركة عالية السعونية) لها الحق في الإتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها للزويدها بأي مطومات طبية قد نحتاج الهها للتقيم المذلطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الانصماح عن وجرد أي من الحالات العذكورة أعلاه اللتي نشأت قيل تثريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو امساقة مؤمن له خلال
 - أفر بأمي قد قرأت و فهمت جديع ما جاء في هذا اللموذج كما أتعهد بأن عدم الشارش امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بعثابة نغى وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه لوقع
 - خدم تعبدة بهانات الطول و الوزن سنودي الى رفض تفعلية تكاليف مداية جراحة السنة المغرطة

Entity's stamp	Employee Signature	توفيع الموظف	Date	الالم	
المق الاتالعامية					- (

(1) Upon rending One gained the Insurer shall not request a declaration

form for any incured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

مثلب تموذج افساح لأي مزمن له سنسي عليه (11) أشير

2) لا يعني لشركة التأمين طلب نموذج الفساح طبي للموالية الجند عند المنافئهم على وثبقة التأمين الصحي

على حال الحاجة الأصاقة تابعين الثار بتم تعبئة نموذج جنبد

4) حدم نظامية قيام صباحب المثل يالتوفيع بدلا عن المومن له



leas	Insured: e Fill out the form re that you and you red according to	our family receive	e nealth care se	cing and to	2_		دمات	و افراد اسرتك على ذ	و لضمان حصوك	: ا التموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير لكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	مرعبه نعندیه پاد	_
		إضافة (2)	Net	w ⊠	فرتر			Туре	750	(1)	توع الطلب	\dashv
				: 4	يقة/ السجل التجار،	رقم الوڈ	Entity N		VIII and a second		اسم المنشاة :	_
	icyNo/CR:	38635792			الجوال:		Employe	ee Name : H	ASHEM QAID G	SHANEM	أسم العوظفان	
- 1	toblie ivo .	lumber			2375734155						رقم الهوية	
	nder: 1		Nationality: 3	20	:4	Mari الجنس	ital Statu	s Married	منزوج 🗆	أعزب 🏿 Single	لحلة الإجتماعية:	,
Plea	se declare any of			the word		No.	ئعم Yes	عم -	المربع ثحث كلمةً ۔ ا	أي من الحالات ادتاء بوضع اشارة له في ا	- 1000 AND -	*.4
(yes		ission during last 1	12 months?			☑			9.72.75	ستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	هل ثم التنويم بالم	1
2	Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	agnosed with any o to: Autism, Benigr Hepatitis C, Gallst les, thyroid goiter,	of the following ch n Tumor, Cancer, I tones, Kidney failu Cysts, fibroid uter	Heart ire,		Ð	п	5,	سي، حصوات المرار ، التكوسات، ورم ليقر	بأي من الأمراض العزمة الثالية فَطَرْ لللهِ بِ الشّبِ، الألتهاب القيدي القيرومي المزمن وات المسئلك اليولية، تصّف لقدة الدرقية الض المناعة الذاتية أو النّصلب المتعد.	السرطان، امراط الفشل الكلوي، هم ياثرهم، الفتق، أمر	2
3	Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid gaiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital					Ø	0	آمر احتی آمر احتی	وفيليا، أمراض التعثير 4 الأعضاء التناسلية. ف الكعمر.	بأي من الأمراض الوراثية أن للتشوهات النا شطراب الخلايا المشهاية، الثلاميميا، الهيم الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات مرض غوشر, مرض التكسر اللوشي، الثاني ب, مرض ويلسون, تكيس الكلايكين الخلقي	الشال الدماغي. الخافي. الخافي، الخافي، الكروموسومات, الكروموسومات, هيموكروماتوسي	3
4	Have you been d limited to: Cata diseases.	liagnosed with any tract, Glaucoma, Co	of the following e orneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	D			بأي من أمراض العين الثانية لحفظ: • زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك	يمهاه پېضاء، مها	4
5	diseases <u>limited</u>	I to: Vertebral disc	of the following b prolapse, Scoliosi	one is,		Ø	О	9	للقضرولمي الليسك	بأي من أمراض العظام التالية للحط: الإنزلاؤ القري، الشهاب المقاصل أو تعزق الأربطة	، هل ثم تشخيصك و التحراف العمود ال	
6	diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to:</u> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Prognant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date						0			اهد برية سايطة لاجنة	للائثى الحامل فقط حمل جائى جنين و حمل حائي مع قوم حمل حائي متحد اا تاريخ الولادة المتو	6
	Employee and	dependents deta	ails that need to	be added	(In case of a		74		(60	راد العائلة العراد المنافتهم 3 هم أعلاه، الرجاء ذكر العائمة في الجدول أدا	بيانات الموظف وال (أفي هالة الإجابة يذ	
-	اسم مقدم الخدمة	ve, please declare لاحاثة case	the case in the tal رقم طبوان Mobile No.	الطرل Height	الرزن Weight	ID Nu	رقم للهور mber	انقرابیة Relation	اليشن Gender	ف بافراد العاللة Employees/Dependent		,
	Provider Name							O. THE STREET				1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrulment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البوانات و العطومات المتكورة أعلاه كالهاق صحيحة و بناء عليه فأن قول الطالب سوام على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عالية السعودية) لها الحق في الإنسال بالمستشفيات اللتي أصامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقهيم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التنطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مزمن له عنثال فترة سريان العقد
 - أفر بأني قد قرأت و فهمت جموع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الدارش إصام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة تغي وجود ما يستحق الأقسماع عنه وعليه اوقع
 - عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة

Entity's stamp	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	E, C\ / N / N	٤
ا ما حالما العاملة		-		The second second	and the second second	eran vest to

- (1) Upon 1200 999 puticy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been usured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee,

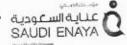
- تجديد الوشقة فأنه لا يحق للشركة طلب تموذج المساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) لشهر
- (2) لا بحق لشركة النَّانين طلب نموذج العماح طبي للمواليد البند عند اضافتهم على وثيقة النَّانين الصمعي
 - على حال الحاجة الأنساقة تابعين لكثر بنم تعينة نعوذج جديد
 - ١٤ عدم نظاعية قيام صاحب المثل بالتوقيع بدلا عن المومن له



nsur	e Fill out the for e that you and red according to	your family rec	the purpose of p eive health care s olicy benefit.	ricing and ervices as	to		بات	اقراد اسرتك على خدم	لنعان حصولك و		موذج بالشكل الصحيح المطلوب حسب مثاف		نأبل
Add	lition	إضافة (2) 🗆	N	ew [خداد کا			Туре			(1)	الطلب	نوع
Poli	cyNo/CR:				السجل النجاري :	رقم الوثيقة/	Entity I	Name: Alsa	alam			ر المنشأة :	had
10.50		62872582				رقم الجو	Employ	ee Name :	MOHAMED ABO	ELWAHAB		الموظف:	أسم
	270070000000000000000000000000000000000	Number		T	23064645	534						الهوية	رقع
Con	ider: 1	0.0000000000000000000000000000000000000	Nationality:	313		Mai الجنسة:	rital Stat	us Married	متزوج 🗆 ا	Single	أعزب 🗵	ة الاجتماعية:	الحال
Gen	ider: 1	.0-4	- reactionancy :	919		13	نم	100000	-				
leas yes)		f below cases b	y marking √ unde	er the wor	d	No	Yes		ريخ تحث كلمة - تم	ضع اشارة √ قي ال	من الحالات أنثاه يوه	لاقصاح عن وچود أي	.جن ا
	Any hosipital adr	nission during las	t 12 months?			₽				1.4	عَفِي خَلَالِ القَرِ 12 شَمَّ	هل تم التنويم يالمستة	
	diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	to: Autism, Ben c Hepatitis C, Ga nes, thyroid golte	y of the following o ign Tumor, Cancer, listones, Kidney fail er, Cysts, fibroid ute Multiple sclerosis.	Heart ure,		Ø	0		سي، حصوات العرارة	القيروسي المزمن . نسقم القدة الدرقية.	هن الأمراض المزمنة قلب، الالتهاب الكيدي ت المصالك البولية، تف ل المناعة الذاتية أو الا	السرطان، أمراض الأ لفشل الكلوي، حصوا	1
	Have you been of disorder or here: Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, G disease, G5PDDe	liagnosed with an ditary diseases <u>lli</u> er, Thalassemia, rephalus, spinal n Chromosomal abr	y of the following of mited to: Cerebral hemophilia, metab nuscle atrophy, gen formalities, aucher osis,hemochromato	palsy, olic ital s		Ø			فَيْلُوا، أَمرُّ الصَّ التَّمثُيلُ الأعضاء التناسلية، أ بالكوسى	، الثّلاسيعيّاء الهيمو ، الشوكي،تشوهات تكسر القولي, التّلية	من الأمراض الوراثي أراب الخلايا المنجلية. أس، ضمور العشائ: يض فوشر, مرض الذ مرض ويلمون, تكيم	الشلل التماغي، اضع الغذائي، استسقاء الر بالكروموسومات, مر	
			y of the following e Corneal diseases or		5	Ø	0		i	900 700	ي من أمراض العين ال رقاء، أمراض القرنية		
		to: Vertebral di	y of the following t sc prolapse, Scollos			Ø	0		والغضروفي الديمث		ي من أمراض العظام (ري، التهاب المفاصل أ		
	Pregnant Fema Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	regnancy regnancy with pr pregnancy	evious CS delivery				0				بة سابقة شة	للأنشى الدامل ققط : خال خالى جنين والد حال خالى مع قيصر خال خالى متحد الأد تاريخ الولادة المتوقع	
_			tails that need to		(In case of	a			(10)	STATE OF THE PARTY	د العائلة المراد اضافة وأعلاه، الرجاء ذكر ال		
	اسم مقدم الخدماً ovider Name	الدلة case	ريّم شهورت Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	پة ID Nu	رقم تهر mber	لقرابة Relation	الجنس Gender	51.00000	، إنقراد العلقة ees/Depender	اسم الموظف	,
			562872582	0	0	2306464	4534	EMPLOYEE	1	МОН	AMED ABDELWA	AHAB	1
L. I haccepand to with 2. I a cover the c durin 3. I h this f	ptance of my enrichat (Saudi Enays to collect any me agree that (Saudi rage/claims in ful contractual date of ag the contract, hereby confirm re- form and I agree hing requires dec-	olment will be on b) has the right to dical information Enaya) has the r I in case of no de or before enrolling sading and under that not marking laration" and I sign	formation are corre the basis of such in contact the hospit needed to assess t ight to reject the claration of any cas or adding a new In standing all points of any case is unders gn on these basis.	oformation al(s) I deal the risk(s). ses prior to insured presented in tood as	n			د عنم الافساح عن اشاقة مومن له خلال	, الاتحسال بالمستشغول ية لو التغطية كلها عنا قد لو قبل التسجيل أو د بأن عدم اشارتي اما	ية) لها الحق قم قيم المخاطر في رفض المطال أن قبل تأريخ التعا ذا النموذج كما أتمه	لت العذكورة أعلاه، (شركة عداية السعوم طبية قد تحتاج البها لذ كة عداية السعودية)	انات و أن الشركة ويشغا بأي مطومات و في على أمطية (شرة د أي من الحالات الد مريان العقد بأني قد قرآت و فهمنا	اقتر ا البريا الرافؤ أوافؤ وجو فترة الرار
	illure to fill the wo		information will res	uit in rélus?	21			نة المفرطة	ب عملية جراحة الس	رفض تغطية تكاليا	و الوزن سيزدي الى	م تعبنة بيانات الملول	36

- (1) Upon rent 01000 point? The Instruct shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for
- newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) خد تجدید الوتسفة فاله لا یحق الشرکة خلب نموذج العساح لأی مزمن له منسی علیه (11) لئیر
- (2) لا يحق لشركة الثانين طلب نموذج العساح طبي للمواليد المبند عند اضافتهم على وثيقة الثانين المسمى
 - (3) في حال الحاجة الأنساقة تايعين أكثر يتم تعبنة تموذج جديد
 - (4) عدم نظامية فرام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن المومن له



	غزيزى العومن له تأمل قيامك يتمينة هذا اللموذج بالشكل المسحيح تغرض التسمير للرعاية المسحية بالشكل المطلوب حسب متاقع الوثيقة الموحدة	. و تضمان عصوگ	۰ و افراد اسرتک علی .	ندمات			ng and to rices as	health care serv	our family receive	ar Insured: hase Fill out the form sure that you and yo duired according to y	leas
-	وع الطلب (1)		Туре		'	خدند	Ø	New	اضافة (2)		
	اسم المتشاة و	m	ame: Al sala	Entity Na	ا رقوالو	الوشوقة/ السجل اللهار	- 10			7265	53.0727
		BAT DAMMAHO	e Name : MC	Employe	_	قع الجوال:			70314846	PolicyNo/CR:	
	قَم الهوية					2354537900	- 1 :		lumber	Monie Mo :	N
JI.	دلة الابتناعية: اعزب Single 🗵 حدلة	متزوج 🗆	s Married	al Statu	Marit الجنا	نىية:	1	Nationality: 32			025
يرجر	ر الإقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة لا في	لمريع تحث كلمة ۔	نم.	تم Yes	y No			66		Gender: 1	Plea
1	هل تم التنويم يالمستشفى خلال المر 12 شهر ؟			0	₽2			2 months?	ilssion during last 12	/es):	
2	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الدرّسة التالية فقط التي السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيرومي المرّمن الفشل التلوي، حصوات المسلك اليولية، تضغم الفقاة الترقيا بالرحم، الفلق، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتحد	Latter of the same	2.0	0	図		e,	the following chri Tumor, Cancer, Hones, Kidney failur Cysts, fibroid uten	agnosed with any of to: Autism, Benigh 1 Hepatitis C, Gallsto nes, thyroid golter, C nune diseases or Mul	Have you been did diseases <u>limited</u> ! Diseases, Chronic	2
3	هل ثم تشخيرصك بأي من الأمراض الورائية أو النشوهات ال الشال الدماغي، اضطراب الفلايا الملجلية، الثلاث بديا، الهيد الفلاني، استصفاء الرأس، ضمور العضائت الشوكي، نشوها: الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي، الثلو بالكروموسومات, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الفلقي.	وفيليا، أمراض التمثر • الأعضاء التناسلية. ف الكسد	یل ، آمر (اش	п	Ø		ilsy, c bl	ed to: Cerebral pa mophilia, metaboli cie atrophy, geniti malities, aucher's s,hemochromatosi ease.	lagnosed with any of litary diseases <u>limits</u> er, Thalassemia, hen ephalus, spinal musc thromosomal abnorn ficiency, systicfibrosis olycystic Kidney Disc olycystic Kidney Disc	disorder or heredi Sickle cell disorde diseases, Hydroce malformations, O disease,G6PDDefi Wilson disease,Po	3
4	هل تَرَ تُشْخَيَّتُ بِأِي مِنَ أَمِرَاضَ القِنِ الثَّمِيَّةِ قَطَرُ: مِياهُ بِيضَاءٍ، مِياهُ زَرِقَاءٍ، أَمِرَاضَ القَرْنِيَّةِ أَوْ أَمْرَاضَ الشَّبِكِ			п	Ø		e diseases tetinal	of the following ey rneal diseases or l	liagnosed with any o eract, Glaucoma, Cor	Have you been di limited to: Cata diseases.	4
	، هل تم تشخوصك ياي من أمراض المظلم التائية فقط: الإنزلاو الحراف العمود الفاتري، النهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	بالغضروفي النيمث		0	Ø		ne	of the following bo prolapse, Scollosis	diagnosed with any o 1 to: Vertebral disc p ment tears.	Have you been d diseases [limited] Arthritis or Ligan	5
(للائتي الحامل فقط : حمل حالي جنبي واحد حمل حالي مع قيصرية سايقة حمل حالي مع قيصرية خمل حالي متعد الأجنة قاريخ الولادة المتوقع				0			ous CS delivery	ales only: regnancy regnancy with previo pregnancy	6 Pregnant Fema Current single pr Current single pr Current multiple	6
	بيانات الموطق والحراد العائلة العراد المسافقيم 3 إلى خالة الإجابة بلعم أعلاه، الرجاء فكر الحالة في الجدول أد	(61				In case of a	e added (ils that need to b	dependents detail	Expected deliver	
ě	اسم العوظ <i>ف إطراد العائ</i> ة Employees/Dependent Name	الجنس Gender	ظرية Relation	رقم الهر mber	رية ID Nur	الوزن Weight	الطول الطول Height	رقم الجوال	ve, please declare th الحالة	اسم مطنع الخدسة	
	MOHAMMAD TABREZ KHAN		THE STATE OF THE S		CANAL CANAL ST	0	Provider Name case Mobile No. Height Weight				

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التلويض :

- أقر أن البيشات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه عليه فأن قبول العلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعونية) لها الحق في الاتصال بالعستشفيات اللَّي أتعامل معها لكزويدها يأي مطومات طبية قد نحتاج اليها للتفييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو المغطية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعاله اللتي نشَّكُ قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو المساقة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أفر يشي قد قرأت و فيمت جميع ما جاء في هذا التموذج كما أنعهد بأن عدم اشار تي امام أي من الحالات. المذكورة أعلاء يعتبر بعثابة نفى وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بوانات الطول و الوزن سيودي الى رقض تفطية تكاليف عطية جراحة السمنة المفرطة

Entity's storng	ترقع البرطف (4) Employee Signature	Date والتاريخ	8
سلام النخبة	TABREZ	5,51	1418

- (1) Upon renewal of the energy 6 the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 1 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee,

- (1) عند تجديد الواتسقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج الصباح لأي مؤمن له محمى عليه (11) أشهر
- 2) لا يحق تشركة التأدين طلب نموذج المساع طبي للمواليد الجدد عند اصالفهم على وايقة التأمين الصحي
 - في حال الحاجة الأضافة الرمين أكثر يتم نمينة تموذج جديد
 - 4) حدم تظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



nsu	e Fill out the form the that you and you red according to y	ur family receiv	e health care ser	vices as			755.012		2134 (8) (6)	أمل قبشك بتعينة هذا التموذج بالشكل المسعيح لغرض التسجير الرعاية المسحية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوثيقة الموحدة وع الطلب (1)	
Add	Iltion C	إضافة (2) 1	Nev	v 🖾	नेक			Туре		(1)	_
-				1.0	ليقة السجل التجار	رقم الوڈ	Entity Na			سم العنشاة و	_
_	icyNo/CR:	4297265			الجوال:		Employe	e Name : M	JAA DAMMAHO	سم الموظف: HABDULLAH	_
M	IODIIC NO .	umber			2315095055					ام الهوية حلة الاجتماعة: اعاب الا معددات	_
-	nder: 1		Nationality: 3	21	:4	Mari الجنس	tal Statu	s Married	متزرج 🏻	دله الاجتماعية: أغزب Single 🗵	21
lea	se declare any of	below cases by	marking √ under	the word		Y No	لمم Yes	لعم ۔	العربع ثحث كلمة	والالصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع الشارة ل- في	يرجو
yes	Any hosipital admi	ssion during last	12 months?			Ø				هل ثم التقويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	1
2	Have you been did diseases <u>limited</u> ! Diseases, Chronic Urinary tract ston Hernlas, autoimm	gnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Galls es, thyroid goiter, une diseases or M	of the following ch n Tumor, Cancer, F tones, Kidney fallu Cysts, fibroid uter fultiple sclerosis.	leart re, rus,		Ø	0	63	مي، حصوات المرا ، التكيمات، ورم لية	 هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الدرسة الثانية فقطر الذي السرطان أمراض القليم، الالتهاب الشيدي الفيروسي الدرم، الفشل الكتوي، حصوات العسالك البولية، تضغر الفدة الدرقية بالرحم، الفتل، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتعدد. 	2
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroc malformations. C	tary diseases <u>lim</u> r, Thalassemia, h phalus, spinal mu nromosomal abno ciency, systicfibro	of the following co ited to: Cerebral p emophilia, metabo iscle atrophy, genl ismalities, aucher's sis,hemochromatos isease.	salsy, ilc tal		8	п	ئا آمراض	وفيئيا، أمراض التمث • الأعضاء التناسلية. ف الكسر	هل تم تشخيصك ياي من الأمراض الوراثية أو التشوهات ال الشئل النماغي، اضطراب الخلايا المنجئية، التلاسيعيا، الهيم الغذائي، استسكام الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الغزائي، استسكام الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات بالشروموسومات, مرض ويلسون, تكيس الكليئين المثلق بهيموكروماتومنيس, مرض ويلسون, تكيس الكليئين المثلق	3
4	Have you been di	agnosed with any	of the following e orneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	0		4,	هل تم تشخيصك يأي من أمراض العين الثالية فقط: . مياد بيضاء، مياد زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبك	
5	Have you been d	to: Vertebrai disc	of the following b prolapse, Scollosi	one s,		Ø			، الفطروفي النيسك	، مَلْ مَ تَشْخُوصِكُ بِأَي مِنْ أَمْرِاطِي الْمُقَامِ التَّقِيةَ فَقَطْرُ الْإِنْزِلِاوِ إنحراف العمود الفَقْرِي، النّهاب المقاصل أو تَمْرَقَ الأَرْبِطَةُ	
6	Pregnant Fema	les only: egnancy egnancy with pre pregnancy	vious CS delivery				0			<u>بالأنشى المدامل فقط :</u> حال حالي جنين واحد حال حالي مع فيصرية سابقة حال حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the tal	be added ale below)	(In case of a				(%)	بهتات الموظف والهراد العائلة المراد اضافتهم 3 إلمي خالة الإجابة يقعم أعلاه، الرجاء ذكر المثلة في الجدول اما	
	اسم مقدم الخدمة Provider Name	لدانة case	رقم للهوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ن ID Nu	رقم للهور mber	القراية Relation	اليش Gender	امم الموظف إلقراد المثلة Employees/Dependent Name	,
112	rovider Name	Caso		1			5055	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أو أن البيانات و المطومات المذكورة أعاد كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قول العالب سيتم على لساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الإتصال بالمستشفيات اللتي أنعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تعتاج اليها لتقييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عدنية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافسماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلام اللتي نشأك قبل تاريخ التمالد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أفر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج تما أنجهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات. السنكورة أعلاه يعتبر يعثلبة نفي وجود سايستجق الأفصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعبنة بيشك الطول و الوزن سيزدي الني رفض تغطية تكاليف عطية جراحة السمنة المغرطة

Entity's stamp * مؤسسة	Employée Signaturé	(4)	ترقيع الموظف	Date	التازيخ	
سلام النخبة	Ciripoyee Significan	AADIL		C,	c1 / V	15
that to the state of			00.1-10.5-00	V. Section Control of the Control of		a life to the world war

- (1) Upon renewal of the edicy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

 (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for
- newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوئسقة فأنه لا يحق للشركة طلب تموذج العساح لأي مؤمن له محسى عليه (11) أشهر
- لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج العماح طبي للمواليد الجدد عند انساقايم على وثبقة التأمين الصحي
 - 3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - خد نظامیة قیام صناحت العمل بالتوقیع بدلا عن المؤمن له



is i	زيزى المؤمن له : بل فيامك بتحية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض الشمير رعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	ر لضمان حصوك و	الفراد اسرئك على خد	مات		to	cing and i	ve health care se	your family receive	ar Insured: case Fill out the for sure that you and t quired according to	Plea	
÷	ع الطلب (1)		Туре			جديد	w E	Ne	إضافة (2)	Addition	A	
4	م المنشاة :	lam	lame: Al sal	Entity N	رقم ا	الوثيقة/ السجل التجاري				PolicyNo/CR:	Po	
	م الموظف: MEERAMYDEEN	NOHAMED BILA	ee Name: N	Employ	1	قم الجوال:	diction and					
325	، الهوية					2315437687	10 Number					
3	للة الاجتماعية؛ أعزب Single 🗹 ا	مئزوج 🗆	s Married	tal Stati	Mari الج	نسپة:	Nationality : 900 الجنس:					
***	الاقصاح عن وجود أبي من الحالات أدناه يوضع اشارة أبا في	مربع تحث كلمة ، ت	م -	نم Yes	y No	1	the word	marking √ unde	of below cases by	ease declare any o		
1	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	مِ التقويمِ بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟					Any hosipital admission during last 12 months?					
2	، هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض الدرّسنة التالية فقط: التو ، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المرّمن الفَضَّل الكتوي، حصوات المسلك اليوثية، تضخم الخدّة الترقية بالرحم، الفَّكِيّ، أمراض المناعة الذّائية أو التصليب المتعدد.	مي، حصوات المرار	5	0	ы		leart re,	n Tumor, Cancer, H tones, Kidney failu Cysts, fibroid uter	diagnosed with any 1 to: Autism, Benigr ic Hepatitis C, Galls mes, thyroid golter, mune diseases or M	diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	2	
3	هل تم تشغيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات ال انشال الدماضي، اضطراب الخلايا الملجلية، الثانسيميا، الهيم الخاني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوها، والتروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التش رهيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين المخلقي	إقياباء أمراض التعليا الأعضاء التناسلية، - الكوسى	آخر الش آخر الش		Ø		alsy, lic tal	ited to: Cerebral ; emophilia, metabo iscle atrophy, geni rmalities, aucher's sis,hemochromato	diagnosed with any distary diseases <u>Himi</u> der, Thalassemla, he cephalus, spinal mu Chromosomal abnorationery, systicfibros Polycystic Kidney Diseases and service spinal manual diseases polycystic Kidney Diseases and service spinal diseases and service s	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, (disease,G6PDDe	3	
-4	هل تم تشخيصك ياي من أمراض العين الثانية فقط: . مهاه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشية	3		0	図		re diseases Retinal	of the following ey orneal diseases or	diagnosed with any aract, Glaucoma, Co	Have you been of limited to: Cata diseases.	4	
5	، هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلا .انحراف العمود الفقري، التهاب المقاصل أو تعزق الأربطة	والغضروفي النيسك		П	Ø				diagnosed with any d to: Vertebral disc ment tears.		5	
6	للأنش الحامل فقط : حمل حالى جنون واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي مع متعد الأجنة شاريخ الولادة المتوقع			1	0			rious CS delivery	oregnancy oregnancy with prev e pregnancy	Current single p	6	
	بيئات الموظف والأراد العائلة المراد اشتاطتهم 3 إفي حالة الإجابة بلعم أعلاء، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ا	(+4				(In case of a			dependents deta			
٠	اسم الموق <i>لف لقراد</i> العائلة Employees/Dependent Name	الچنس Gender	القرابة Relation	رقم اله ber	رية ID Nun	الوزن Weight	تطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الدلة case	اسم ملكم الخدمة Provider Name	1	
1	MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	1	EMPLOYEE		3154370	0 2	0	576379780				

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. 1 hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس عنه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها تكرّوبدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها لتقييم المغاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض السطانية أو التعطية كليا عند عدم الاقسماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سربان العقد
 - 2. أقر باني قد قرأت و فهدت جديع ما جاء في هذا الشعرذج كما أشهيد بأن عدم الشاركي اسام أي من المنالات المذكورة أعلام يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تُحِدَة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عناية جراحة السعنة المفرطة

					7
Entity's star	المراجعة السل و المراجعة السل	Employee Signature (4) توقع الموظف	Date	الاربخ	
7/4	سلام البحية	BILAL		C.C. 1112	_
	Manager and American Street Street				4

- (1) Upon renewproting 0/5/5/2/16 insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشقة فأنه لا بحق للشركة طلب تموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) تشهر
- (2) لا بحق لشركة التأسين طلب نموذج الصماح طبي المواليد الجدد عند اصطفيم على وثبقة التأسين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تترمين أكثر يتم تعينة بموذج جديد
 - (4) عدم تظامية قيام مساهب المثل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



Ad	idition	إضافة (2)	Ne	w Ø	جنيد	- 0		Туре			(1) ///	نوع الد
	licyNo/CR:			:	بقة/ السجل التجاري	رقم الوثي	Entity N	tame ; Al sal	am		وغشاة :	-
100		77360274			الجوال:	_	Employ	ce Name : H	IM BAHADUR	KHADKA	موظف	-
_		Number			2375418619							رقم اله
Ge	ender: 1	لچنس:	Nationality:	207	;4	Mar الجنس	ital Statu		متزوج 🗆		V/	-
	ase declare any of	below cases b	y marking √ unde	r the word		No	نم Yes	هم -	مربع ثحث كلمة . ذ	حالات أدناه بوضع اشارة 🖟 لمي الد	ساح عن وجود أي من الـ	جن الاقد
	Any hosipital adn	nission during las	t 12 months?			M				لال اش 12 شهر ؛	تم اللتويم بالمستشفى شه	JA .
	Have you been d diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract stor Hernias, autoimr	iagnosed with an to: Autism, Beni c Hepatitis C, Gal nes, thyroid goite nune diseases or	y of the following ci gn Tumor, Cancer, Istones, Kidney fail er, Cysts, fibroid ute Multiple sclerosis.	Heart ure, rus,		Ø	0	3,	سر و حصوات المال	مراض المزمنة الثالية فقطر التوحد التهاب الكيدي القيروسي المزمن م ملك الهواية، تضخم اللدة المرقية. عة الذاتية أو التصليب المتعدر	برطان، أمراض القلب، الا بل الكلوي، حصوات المس	الد تلك
	disorder or heres Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, (disease, G6PDDe	ditary diseases (); er, Thalassemia, cephalus, spinal n Chromosomal abr	y of the following on mited to: Cerebral hemophilia, metab- nuscle atrophy, gen- normalities, aucher- rosis, hemochromator Disease.	palsy, olic ital s		N	0	ن أمراض	فيليا، أمراض التمثرا الأعضاء التناسلية، بالكوسى	أمراض الوراثية أو التشوهات الخا خلايا المتجنبة، التارسيميا، الههموا أمور العضارات الشوكي، الشوهات يشر مرض التكسر القولي، التلية ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي ا	مثل التماغي، اضطراب ال ذاتي، استعطاع الرأس, ف كروموسومات, مرض غو	ali dii U,
•	Have you been of limited to: Cata diseases.	liagnosed with ar aract, Glaucoma,	ny of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	п	r lange		راض العين الثانية فقط: لمراض القرنية أو أمراض الشبكية	ن تم تشخيصٿ ڀاي من آه باه بيضاء، مياه رُرقاء، ا	*
5	Have you been of diseases <u>limite</u> Arthritis or Ligan	i to: Vertebral di	ny of the following t sc prolapse, Scolios	is,		図	0		الغضروفي الديسك	راض العظام الثانية فقط: الإنزلاق ينب المقاصل أو تعزق الأربطة	ن تم تشخوصك بأي من أم تراف العمود الفقري، التم	بدو بال
5	Pregnant Form Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pr pregnancy	evious CS delivery				0 0				<u>في الحامل فقط:</u> دخالي جنين واحد ل حالي مع فيصرية سايفة ل حالي متحد الأجنة بغ الولادة المتوقع	اهدا اهدا اهدا
	Employee and	dependents de	tails that need to e the case in the ta	be added	(In case of a				(al	ة المراد اضافتهم 3 الرجاء ذكر المحلة في الجدول أدنا	ت الموظف وافراد العاتلة حالة الإجابة بنعم أعلاه،	
	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	انطول Height	الوزن Weight	ية ID Nu	رقم الهري mber	نترپ: Relation	البنس Gender	سنة Employees/Depe	اسم الموق <i>ف إفراد ا</i> endent Name	
			577360274	0	0	2375411	8619	EMPLOYEE	1	HIM BAHADUR	R KHADKA	
Un 1.	ndertakings:	that all above in	577360274	0 ect and the	1000-000	200720000	8619	EMPLOYEE	1	كورة أعلاه كاملة و سمعيمة و يد علية السعودية ﴾ لها الحق في ا	ر و التقويض : لينان , العجومات المنا	. آن ا بياتات

- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أو افق على لحقية (شركة علية السعودية) في رفض السطالية او التنطية كليا علد عنم الانسماع عن
 وجود أي من السلاك المذكورة أعلاء اللتي نشلك قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انساقة مؤمن له خلال فترة سريان العلا
 - أقر بأني قد قرأت و فيمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أتعهد بأن عدم اشار تي ادام أي من الحالات المذكورة أعلاد يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تحبّة بياتك الطول و الوژن حيزدي الي رفض تتطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة

- 1						
Entity's stampe	Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	Date	الشاريخ	8
الماليحية		MIH			C, C1	11118
للمصادد بالعامية						e a special termination

- (1) Upon mine 10095092 the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند ثبتيد الوشطة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج الصناح لأي مؤمن له سنسى عليه (11) تشير
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلف نموذج انصاح طبى للمواليد الجند علد اصافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يترتعينة بموذج جنيد
 - (4) حدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Pleas ensu	Insured: e Fill out the for re that you and y red according to	our family recei	ve health care so	icing and ervices as	to_		عاث	. افراد اسرئك على خا	لضمان حصولك و	: موذج بالشكل الصنحيح لغرض التسعير و المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	عزيزي المؤمن له نأمل قيامك بتعينة هذا الد الرعاية الصحية بالشكل	2
		إضافة (2) 🗖		w E	1 apaş			Туре		(1)	وع الطلب	ji .
Pol	icyNo/CR:			2	نة/ السجل التجاري	رقم الوثية	Entity N				اسم العنشاة :	_
- 0.00		91460776			جوال:	رقم ال	Employ	ee Name: S	ATHANANTH	AM KATHIRKAMAPODY	اسم الموظف:	_
	ID !	lumber			237297199	0				9	قم الهوية حالة الاجتماعية:	
Ge	nder: 1	الجنس:	Nationality:	900		Mari الجنسية	tal Statu		قروچ □			0
Plea (ves	se declare any of	below cases by	marking √ unde	r the wor	i	No.	نعم Yes	هم -	يع ثحث كلمة - ت	من الحالات أدناه يوضع اشارة له في العر	ن الاقصاح عن وجود أي	<i>1</i> .44
I I		nission during last	12 months?			Ø	0			لحَى لحَلال الحَرِ 12 شهر ٢	هل ثم التثريم بالمستث	1
2	Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	agnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Galls	of the following cl in Tumor, Cancer, stones, Kidney fail , Cysts, fibroid ute	Heart ure,		Ø	0	ل تم تشخيصك يأي من الأمراض الدرمة المثانية فقط: التوحد، الأورام الحميدة المسلمات المراض المحميدة القديمة المسلمات المراقة المسلمات المراقة المسلمات المراقة المسلمات المراقة المسلمات المراقة المسلمات ا				
3	disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, C disease, G6PDDe	litary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, h ephalus, spinal m Chromosomal abno	of the following of ited to: Cerebral iemophilia, metab- uscle atrophy, gen- ormalities, aucher's issis, hemochromatorisease.	palsy, olic iltal S		N	0	م تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو النشو هذا الخلفية التائية فقط: الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاث بديا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل ي، استمقاء الرأس، ضمور العضائات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض يمومومات، مرض غوشي، مرض التصير القولي التنيف التيسى يكروماتوميس، مرض ويلسون، تكيين الكاليكين الخلقي الوراثي				3
4	Have you been o	lagnosed with any	of the following e Corneal diseases or	rye diseasc: r Retinal	,	N	0			من أمراض العين الثالية فقط: رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية	70 CC - CONTROL OF CO.	4
s	Have you been of diseases limites Arthritis or Ligar	I to: Vertebral dis	y of the following to c prolapse, Scollos	oone is,		Ø	يوسك باي من أمراض العظام الثانية فقط: الإفزلاق الغضروفي الديسك ودا الفقري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة					5
6	Current single p Current single p	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy								د سابقة ية	للأنش المامل فقط: حمل حالى جائين واحد حمل حالى مع قيصريا حمل حالى متحد الأجا تاريخ الولادة المتوقع	6
	Employee and	dependents det	ails that need to the case in the ta	be added	(In case of a		- B		. (العائلة المراد اضافتهم 3 أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه	بيانات الموظف وافراد (في هالة الإجابة بنعم	
P	اسم مقدم الخدمة rovider Name	ددلة case	رقم الجوال Mobile No.	تطول Height	الوزن Weight	نية ID Nur	رکم شهر nber	القرابة Relation	الچنس Gender	/افراد المثلة Employees/Depende		•
			d					EMPLOYEE	1	SATHANANTHAM KATHIF	The state of the s	1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 1 agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعارضات المنكورة إعلاء كاملة و صحيصة و يناه عارة فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الدق في الانصدال بالمستشفوات اللتي أتعامل معها غاز ويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها تتقييم الدخاط.
 - أوافق على أحقية (شركة عدارة السعودية) في رفض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الاقصماح عن
 وجود أي من العلالات المذكورة أعلاء اللتي تشلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اطساقة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاه في هذا الفعوذج كما أشهد بأن عدم اشارتي اسام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بدائية نفي وجود ما يمكمن الأنساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبئة بيالات الطول و الوزن سودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المغرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Oi ترقع البرطف	ate &	التاري
المقادلات المعبه	S ATH A NA	4 NTH AM	C, C1	1115

- (1) Upon sepectal of the good, this insurer shall not request a declaration form is any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوائدة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج المساح لأي مومن له مصى عليه (11) أشهر
- (2) لا بحق لشركة التنامين طلب نموذج العساح طبئ للمواليد الجدد عند اضافاتهم على وثيقة التأمين العسمى السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تلبعين أكثار يتم تعيدة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قوام مسلمب العمل بالتوقيع بدلا عن الموسن له



Ple en:	sure that you ar	nd your family	for the purpose o receive health car d policy benefit.	pricing a	nd to			-	ك اسر تك على خدمات	ان حصولك و افر	لمنحيح لترض التسجر و لطنما ب مثاقم الوثيقة الموحدة	: التموذج بالشكل ا كار المطارب جمع	زی المؤمن که قیامک بخجنهٔ هذا دارهٔ السدرهٔ بالث	نامل
A	Addition	[] (2) iš	إط	New	Ø .	جدية	-	T	Туре		, ,,,	(1)	الطلب	
P	olicyNo/CR:				جل التجاري :	ر الوثيقة/ الس	رق	Entity	Name: Al	salam				-
	Mobile No :	571056769				رقم الجوال:			yee Name :	Spirotti.	BHAR BARSATU		المنشأة : الموظف:	_
	1	D Number			237813	39527			400000000000000000000000000000000000000	100000000000000000000000000000000000000			الهوية	_
G	ender: 1		: Nationality الجنس	204		لونسية	Mar	rital Sta	tus Marrie	ed 🗆 8	Single 🗹 متزو	اعزب	ية الاجتماعية:	-
Ple (ye	ase declare any	of below case	s by marking √ un	der the w	ord		y No	نم Yes		تحت كلمة ، تعم ،	دناه بوضع اشارة √ في العربع ا	. أي من الحالات أ	لاقصاح عن وجوا	جي ا
1	Any hosipital a	dmission during	last 12 months?				Ø	0			f 44.12	ALNE IN	ah 200 - 5 - 1a	T
2	diseases <u>limit</u> Diseases, Chro Urinary tract s Hernias, autoir	ed to: Autism, E nic Hepatitis C, tones, thyroid g nmune diseases	any of the following lenign Tumor, Cance Gallstones, Kidney fo liter, Cysts, fibroid u or Multiple sclerosis	r, Heart silure, terus,			Ø	D		التنويم بالمستشقى خلال الحر 12 شهر ؟ تشخيصك باي من الأمراط العزمة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة لين، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي العزمن سي، حصوات المرارة التنوي، حصوات المساك البولية، تضغم الفدة الدرقية، التكيمات، ورم لوفي ، فقلق، امراض لمناعة الذائية أو التصفيب المتحد.			، هل تم تشخيصك ،المعرطان، أمراط الفشل الكلوي، حا	
Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. 4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases							Ø	0	ين تشقيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الملقية الثانية فقط : الدماغي، اضطراب الخلايا المشهلية، الثلاميميا، الهيموفيتيا، امراض التشيئ واستشقاء الرأس، طمور العشالات الشوكي، تشوهات الاعضاء التنامشية، امراض وموسومات, مرض فوشر, مرض التكمر القولي، الثليف الكهمي ومراوميس, مرض ويلمون, تكهن الكليتين الخلقي الوراش			الشلل الدماغي، الغذائي، استسط إلكروموسومان		
4	limited to: Ca diseases.	taract, Glaucom	a, Corneal diseases o	or Retinal	es		Ø	0			ي العين التاثية فقط: تي القرائية أو أمراض الشبكية	گ يأي من أمراض مياه زرقاء، أمراه	هل ثم تشخیص میاه بیضاء،	,
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to:</u> Vertebral disc prolapse, Scotlosis, Arthritis or Ligament tears.							0		نضروفي النيمت	ل العظام الثالية أفقط: الإنزلاق الذ المقاصل أو تعزق الأربطة			1
6	Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with p pregnancy pry date	orevious CS delivery				0					ن واحد قيصرية سليقة بد الأجنة	للأثثى الحامل ا حمل حالى جائى حمل حالى مع حمل حالى مع تاريخ الولادة ا	6
	Yes answer abo	dependents d ve, please decla	etails that need to re the case in the ta	be added ole below)	(In case of	a				. (مراد اضافتهم 3 جاء ذكر الحالة في الجدول أفتاه	، وغفراد العائلة ال ابة بنعم أعلاد، الر	بيتات الموظف (في هالة الإجا	
	اسم مقدم لخدمة ovider Name	ددنة ددنة	رقم اليوال Mobile No. 571056769	تطول Height	الوزن Weight		تهریة tumb	er	القراية Relation	ٹینس Gender		لِموطِّق /اقراد الع	اسم ا	•
			5/1056/69	0	0	23781	13952	27	EMPLOYEE	1	MURLI RAJBH	AR BARSATU	1	1
1. I haccep and t with 2. I a cover the co durin 3. I h this fi "Noth 4. Fai	ptance of my ennithat (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi rage/claims in full contractual date o g the contract, increby confirm re form and I agree in hing requires deci- ilure to fill the we	olment will be or) has the right to dical information Enaya) has the I in case of no do r before enrolling ading and under that not marking aration" and I sight essity surpery	information are corre- to the basis of such in or contact the hospital in needed to assess the right to reject the eclaration of any case g or adding a new In standing all points p g any case is underst gn on these basis, information will resu	formation al(s) I deal are risk(s). as prior to sured resented in ood as					ف اللتي اتعامل معها عند عدم الاقتصاح عن أو انصافة مرمن له خا استم أي من الحالات سمية المقرطة	الاتصال بالمستشفر أو التغطية كاليا : وأو قبل التسجيل بأن عدم الشارشي عليه أوقع با عملية جزاحة ال	رة أعلاه كاملة و سحيدة و يد تابة السعودية) لها الحق في ا تتاج البها لتقييم المخاطر للحودية) في رفض المطالبا بلاء اللتي تشأت قبل تاريخ التعاق با جاء في هذا التعوذج كما أنعهد جود ما يستكن الأهساح عنه و سيزدي الي رفض تغطية تكالية	المحلومات المنكو بركة (شركة ما لومات طبية قد تم الات المنكورة أما الات المنكورة أما مرة وفهمت جميع ما مثير بمثابة نفي و.	البيانات و أن الثا الأزويدها بأي مم وجود أي من الم فترة سريان العقد الرياني قد قرات المذكورة أعلاد يا	.2
	لعامــــــــــــــــــــــــــــــــــــ		urer shall not reque	,	401	R L]		توقيع الموظف	Date	التاريخ */ ۲ ، ح ، ک که طلف نمو ذیم علمساح لای مر			

form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب تموذج الصماح طبي للموالث الجدد عند اضافتهم على والبقة التأمين الصحي
 - (3) غي حال الحاجة الأطناقة تابعين لكثر بدم تعنة تعردَج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن العومن له



nsure t	hat you and	m correctly for t your family received your unified pol	ve health care s	ervices as	-		مات	الازاد استرنگ علی ک	ِ تَصْمَانُ خَصُونَكُ وَ	ليامك بتعيدة خذا النموذج بالشكل المسحيح لغرض التسعير و اية المسعية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوثيقة الموحدة	الرعا	
Additio	on	إضافة (2) 🗆	No.	ew E	خديد ا			Туре		طلب (1)	نوع ال	
Policy	No/CR:				السجل التجاري	رقم الوثيقة	Entity N	lame: Al sa	lam	: 51-22	اسم ا	
		30411364			1.09	رقم الم	Employ	ee Name :	AMDI ABOELI	الموظفين HAKIM AKL ALI	اسم ال	
19,000	STATE OF THE PARTY	Number			222693752	28					رقع الما	
Gende	er: 1	الجنس:	Nationality:	304		Mar الجنسة:	ital Statu	us Married	متزوج 🗆	الاجتماعية: اعزاب 🗹 Single د	الحالة	
lease o	declare any o	below cases by	marking √ unde	er the word	i	y No	نم Yes	دم -	ريخ تحث كثبة . يُ	مماح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة ﴾ في الم	ينهي الاأ	
	y hosipital adr	nission during last	12 months?			2				، تم التنويم بالعسنشطى لحلال الحر 12 شهر ٢	14	
Ha dis Di:	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to;</u> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.							، هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض العرمة الثانية فقط: التوحد الأورام الحميدة «المعرطان» أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيرومي للعزمن مسي، حصوات المعرارة القاشل الكاوي، حصوات الممملك البولية، كشخم الغادة الترقية، التكيمات، ورج ليقى بالرحم، الفاقي، أمراض المعاتمة الثانية أو التصليب المتعدر			Ali.	
3 dis Si dis m dis	sorder or here ckle cell disord seases, Hydroc alformations, (sease,G6PDDe	lagnosed with any ditary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, h ephalus, spinal mi chromosomal abno ficiency, systicfibro olycystic Kidney D	ited to: Cerebral lemophilla, metab uscle atrophy, gen irmalities, aucher sis,hemochromato	palsy, olic iltal s		Ø	0	تشخوصك بأي من الأمراض الورائية أو التشوعات الخلقية التلاية فقط: المنافقة التلاية فقط: المنافقة المنافقة التلاية فقط: المنافقة التلاية المنافقة التلاية المنافقة المن				
lis	ave you been o mited to: Cata seases.	liagnosed with any iract, Glaucoma, C	of the following of corneal diseases or	rye disease: r Retinal		Ø				فل تم تشخيصك يأي من أمراض العين الثالية <u>فقط:</u> مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض تشيكية		
5 di	ave you been o seases <u>limite</u> e rthritis or Ligar	liagnosed with any 1 to: Vertebral disc nent tears.	of the following to prolapse, Scollos	oone ils,		M	0	مخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك المتحدد الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأريطة				
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date							0	ن مان جين ويند بل مان مع نومرية سابقة د ما مع در الادة			43	
E	mployee and	dependents deta ve, please declare	ails that need to the case in the ta	be added	(In case of a				. (et	نات الموظف واقراد العائلة العراد انسافتهم 3 ل حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدا		
دمة	اسم مقدم الذ ider Name	تدانة case	رقم الهوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	نې ID Nur	رقم لهو mber	القرابة Relation	الونس Gender	اسم الموظف إافراد العائلة Employees/Dependent Name		
			530411364	0	0	2226937	7528	EMPLOYEE	1	HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	3	

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. 1 hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن الديقات و المعفومات العذكورة أعلاه كاملة و مسجيعة و بناه عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه الديقات و أن الشركة (شركة عذاية السعودية) لمها العق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها تلزويدها بأي معلومات طبية قد تعتاج اليها لتقييم السفاطر
 - 2. أوافق على احقية (شركة عناية السمونية) في رفض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو امساقة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
 - أقر بأني قد قرات و فيعت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشترتى لمام أي من المالات المذكورة أعلاء يعتبر يمثلية نفي وجود ما يستحق الأفساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض نغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	الله الله الله الله الله الله الله الله	
للمد اولات العام ت		0 2

- (1) Upon renowal of the policy the usurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for it it months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند أجديد الوئسفة قالم لا بحق الشركة طالب تموذج الصاح الأي سؤسن له سخسي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج الصماح طبي المواليد الجدد عند اصافتهم على و ثبقة التأمين المسحى
 السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تلبعين أكثر يتم تعبنة بمودج جديد
 - (4) خدر نظامیة قیام صاحب العمل بالتوقیع بدلا عن المؤمن ته



equi	red according to y	our unified police			1.14			Туре		رع الطلب (1)	ř.
Add	lition	إضافة (2)	New		1775			The state of the s		سم المنشاة :	
Dal	icyNo/CR:			: 4.	بثيقة السجل التجا		Entity Na			سم الموظف: N BADARU3 KHAN	L
2000		1031242			م الجوال:	ا را	Employe	e Name : SAI	MIOLDAN KITA	ام الهوية	1,
- 0.0	ID No	ımber			2375736119	Marit الجند	al Cratin	e Married	متزوج 🗆	دلة الاجتماعية: أعزب Single 🗹	٩
Ge	nder: 1	الجنس:	Nationality: 32	21	1.4	y Mari	ئم ا			الأقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة أرا في ا	此本。
lea	se declare any of I	elow cases by	marking √ under	the word		No	Yes	. تعم ـ	لمريع تحت كلمة .	ي ١٠٠٠ ټال ١٠٠٠ د ١٠٠٠ پوسع اساره ۱ کي	
yes		V.S. (42.		_		-	0			هل ثم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
	Any hosipital admi	ssion during last	12 months?			Ø	-				T
Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to:</u> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.						Ø		. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض العرصة الثالية فقط التوحد، الأورام الصيدة «السرطان» أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفهروسي المرّمن مي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات العملك البولية، تضخم الخدة المرقبة، التكيمات، ورم ليغي بالرحم، الفتق، أمراض المقاعة الذائية أو التصليب المتعد،			1
Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.						Ø	0	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات النظية التالية قط: الشال الدماضي، اضطراب الخلايا المنجلية، الكلاسومية، الهيمو أياباء أمراض التمثيل الفخاني، استسطاء الرأس، منصور العشلات الشوكي، بشدها الأعضاء التناصلية، أمراض التكسر التكوير، التليف الكيسى التكوير، مرض عوشر, مرض التكسر القولي، التليف الكيسى . هيموكر ومتومسوس، مرض ويلسون, تكيس التلوتين الفئقي الوراثي			
4	limited to: Catal diseases.	ract, Glaucoma, C	of the following ey comeal diseases or	Reunai		Ø	0	مهاه بيضاء، مياد زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيئية			+
5	diseases limited	to: Vertebral dis	y of the following b c prolapse, Scollosi	one s,			.0		الغضروفي النيسك	، هل ثم تشخيصك بأي من أمراض للعظام التالية فقط: الإنزلاق راهوراف العمود الفقري، التهاب المقاسل أو تمزق الأربطة	
6	Current multiple	les only: regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery			1	0			للانش الحامل فقط : حمل حالي جنون واحد حمل خالي مع فيصر ية سليقة خمل حالي متعدد الأجنة للريخ الولادة المتوقع	
	Expected deliver	denendents det	tails that need to the case in the tal	be added	(In case of a				(0	يقات الموظف والحراد العائلة المراد المسافتهم 3 في هالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نكر العائلة في الجدول ادنا	9
	اسع مقدم الخدمة	ve, please occiare المثة case	رقم لليوان Mobile No.	الشرن Height	الوزن Weight	ID Nu	رقم لهوي ımber	القراية Relation	الجنس Gender	اسم الموظف القراد العلقة Employees/Dependent Name	1
	Provider Name	Care	581031242	0	0	237573	6119	EMPLOYEE	1	SAMIULLAH KHAN BADARU) KHAN	

- acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- البيانات و أن الشركة أ شركة مذاية السعودية) لمها الحق في الانصال بالمستشفوات اللتي أتعامل معها لمتزويدها بأي مطومات طبية قد تعتاج اليها لتقيم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عالية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كانيا عند عدم الإفساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي تشلك قبل تاريخ التحاق أو قبل التسجيل أو اهسافة مومن له خلال فترة سريان المقد
 - أقر بأتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أشهد بأن عدم اشارئي امام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقعماح عنه و عليه اوقع
 - عدم تحدة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تقطية تكاليف عطية حراحة السعدة العفرطة

to cover the cost of costs of	Employee Signature (4)	توقيع الموطف	Date	التاريخ	
Entity's Staffing	SAMIULL	ALL Stratum	ک می این اور مادین الله معامدی	أجديد الرئسفة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج ال)le.

- (1) Upon racola COO Spains, the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- طلب نموذج اقصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11)أشير
- (2) لا بحق اشركة التأمين طلب تموذج الفساح طبي الدوالية الجند عند اضافتهم على وثبقة التامين الصمعي
 - (3) في حال الحاجة الأنساقة تابعين اكثر بتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام مساحب العمل بالتوفيع بدلا عن المؤمن له



	قياك بتعيدة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و عاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	ضمان حصولك و الر	راد اسرتك على.	ك			services a			sure that you an quired according				
نوع	انشب (1)		Туре			خدف	New		إضافة (2) 🗆	Addition				
	المنطاة إ	salam	me: Als	Entity	رقم الوثو	قة/ السجل التجاري				PolicyNo/CR:				
	الموظف: AJBHAR	JIUT KUMAR R	Name:	Employ	رقما	لجوال:			571273353	Mobile No :				
رقم	لهوية					2375206139			Number .					
الحا	ة الاجتماعية؛ اعزب ⊠ Single •	قدج 🗆 b	Marrie	ital Stat	Mari الجنب	;4	304	li Nationality:	ېس:	Gender: 1				
رجی	وقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة أر في اله	ريع ثحث كلمة - تعم		ندم Yes	Y No	6	er the wo	y marking √ uno	of below cases b	ease declare any es) :				
	هل تم التقويم بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟			_	Ø		Any hosipital admission during last 12 months?							
1	، هن تم تشخيصك بأي من الأمراض العزمنة الثالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة «المعرفان، أمراض القتب، الإلتهاب الكيدي القيرومي العزمن مي، حصوات المعرارة القشل التلوي، حصوات العمداك اليولية، تضغم القدة العرقية، التكيسات، ورم ليقي بالرحم، الفتل، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتحد.				Ø		Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to:</u> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyrold goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis, Have you been diagnosed with any of the following congenital							
	الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسوموا، الهومو						palsy, olic altal	mited to: Cerebra hemophilia, metal nuscle atrophy, ge ormalities, aucher osis,hemochromat	editary diseases <u>li</u> der, Thalassemia, ocephalus, spinal n Chromosomal abn	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease,G6PDD				
1	عل ثم تشخيصك باي من أمراض العين التائية فقط: يعياه بيضاء، مياد زرقاء، أمراض الغرنية أو أمراض الشيكا						ye disease Retinal	y of the following Corneal diseases o	diagnosed with an aract, Glaucoma,	Have you been limited to: Cat diseases.				
1,	، هل تم تشخيصك يأي من أمراض العظام التائية فخط: الإنزلاة وأخراف الصود الفاري، التهف المفاصل أو تعزق الأربطة	تشخيصت بأي من أمراض العظام التالية فكط: الإنزلاق المنشروفي الديست 1 الصود الفقري، التهلب المفاصل أو تعزق الأربطة						y of the following i c prolapse, Scolios	d to: Vertebral dis					
6	للأنشى الحامل فقط : حمل حالي جنين و احد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	ن چنین و احد م فیصر په سایقه م فیصر په سایقه م متعدد الأجنه						viaus CS delivery	pregnancy pregnancy with pre e pregnancy	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive				
	بيالت الموظف واقراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنتم أعلاه، الرجاء ذكر العائلة في الجدول أ	شاه)			2000-	n case of a		ails that need to the case in the tal						
٠	اسم الموظف القراد العثلة Employees/Dependent Name	نېس Gender	القراية elation		نپرية ID Numt	الرزن Weight	تىئول Height	رقم شهوال Mobile No.	ندلة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name				
1	JIUT KUMAR RAJBHAR	1	MPLOYEE	39	37520613	0 2	0	571273353						

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه عليه قال قبول الطلب سيتم على أساس هذه البُولَات و أن الشركة (شركة عناية السعرتية) لها الحق في الأتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها للتزويدها يأي معلومات طبية قد تحتاج البها لتقييم المخاطر
 - أو ثلق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض العطائية أو التغطية كانيا عند عدم الافصحاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت أبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو الضافة مؤمن له خلال
 - أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقمساح عله و عليه لوقع
 - عدم تعبنة بباتات الطول و الوزن سيودي الي رفض تغطية تكاثيف عماية جراحة السمنة المفرطة

Entity's	stamp المؤسسة المعالم	Employee Signature	(4)	توقيع الموطف	Date	التاريخ	
	سرمانحبه		7101		C, C1	17118	
							_

- (1) Upon renewal of the nolicy, the insurer shall not request a declaration form for any insured with has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة قاله لا يحق الشركة طلب نموذج المساح لأي مومن له مضى طبه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجند عند اطباقتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر بتم تعبنة نموذج جنب
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نو	ع الطلب (1)		Type			جديد 🗹	ew	N	إضافة (2) 🛘	Addition	
	م المشاق:	alam		Entite	653.0.3	السجل التجاري :				PolicyNo/CR :	
_	م مستو : مر الموظفات RU KUNNUMMEL			-	رهم الوبوسم ا		-		500842617	Mobile No :	
	الهوية		,	Zimpio		2234508			Number	IC	
د	ئة الاجتماعية: اعزب ⊠ Single	عروج 🗆 ا	tus Married	rital Sta	Mar الجنسية:		321	Nationality:	ېئس:	Gender: 1	
ښ	الاقصاح عن وجود أي من الحالات أتناه بوضع اشارة أب في اله	ريع تحت كلمة - نعم		ندم Yes	y No	d	er the wor	y marking √ und	of below cases b	ease declare any es) :	
T	هل تم التقويم بالمستشقى خلال الحر 12 شهر ؟	Tro-County			Ø	admission during last 12 months?				Any hosipital ad	
	،السرطان، أمراض الْفتب، الالتهاب الثبدي الفيروسي المزمن،	فرمت يأي من الأمراض المزمنة التالية فقطر التوجد, الأورام الحديدة أمراض اطلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ي، حصوات المسالك الهولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليقي					Heart ure,	ny of the following o lign Tumor, Cancer, ilstones, Kidney fall er, Cysts, fibroid uto Multiple sclerosis.	ed to: Autism, Ben nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid goite	diseases <u>limite</u> Diseases, Chror Urinary tract st	
	الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثانسيميا، الهيمو الغالبي، استسقاء الرأس، ضمور العضائت الشوكي،تشو هات إلكر وموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي, الثلية	تم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو النشوهات الخلقية الثانية فقط : لل المناخي، اضطراب الخلايا المنجابية، الثانسيميا، الهيموقيايا، أمراض التمثيل التي، استسقاء الرأس، ضمور العضالت الشوكي،نشوهات الاعضاء التناسئية، أمراض لروموسومات, مرض فوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي بموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الورائي					palsy, olic ital	by of the following of mited to: Cerebral hemophilla, metab nuscle atrophy, gen normalities, aucher rosis,hemochromato Disease.	editary diseases <u>li</u> der, Thalassemia, ocephalus, spinal n Chromosomal abr	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	
	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين الثانية فقد: رمياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الغرنية أو أمراض الشيك							ny of the following e Corneal diseases or		74-74112 Profession (1994)	
	، هل تم تشخيصك بأي من أمراش الطلم الثقية فقط: الإثرالاو إنحراف العمود القاري، التهاب المقاصل أو تعزق الأربطة	هل تم تتساوصك بأي من أمراض العظام الثناية فقط: الإنزلاق الفضروفي الديمك الحراف العمود الطفري، التهاب المفاصل أو تعرّق الأربطة						ny of the following b sc prolapse, Scolios	d to: Vertebral dis		
	للأكثى المامل فقط: حمل حالي جنون واحد حمل حالي مع فوصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					at Females only: single pregnancy single pregnancy with previous CS delivery multiple pregnancy i delivery date					
o)ii	بيالت الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 وفي حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نكر الحالة في الجدول أ	. (eli			•	(In case of a		tails that need to			
•	سے الموظف القراد العائلة Employees/Dependent Name	الهتس Gender	القراية Relation	رقم توپ nber	برية ID Num	الرزن Weight	الطول Height	رقم شهوال Mobile No.	الدالة Case	اسم مقدم الخدمة Provider Name	
1	RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	1	EMPLOYEE	188	22345081	0	0	500842617			

- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أو افق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض العطائية أو التعطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللذي نشأت قبل كاريخ التعالد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أقر بالي قد قرأت و فيمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتعيد بأن عدم اشارتي امام أي من المالات المذكورة أعلاه يحبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه اوقع
 - 4. عدم تعبنة ببلنك الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المقرطة

Entity's storep	Employee Signature (4)	ترفح الموطف	Date	التاريخ	V.S
للمقاولات العاملة	THIRU		C, C	14/15	2.14

- (1) Upon Jenewa 0715 Balify , the igourer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشقة فأنه لا يحق للشركة طلب نعوذج اقصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبى للمواليد الجدد عند اضافتهم على والميقة التأمين الصحي
 - (3) في حال العاجة الأضافة تابعين لكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



ens	sure that you ar	form correctly for d your family re- to your unified	ceive health care					ت	راد اسرتك على خدم	حان حصولك و الفر	: وذج بالشكل المسحيح لغرض التسعير و لمد المطلوب حسب منافع الوثيقة العوهدة		نامل
А	ddition	(2) (2)		New	E 7	44			Туре		(1)	الطلب	نوع
Р	olicyNo/CR:				جل التجاري :	قم الوثيقة/ الس	,	Entity	Name: Al:	salam		ر المنشأة :	اسم
W.	Mobile No :	577202421				رقم الجوال:		Employ	ee Name :	GHASI RAM	HARNATH BAIRWA	ر الموظف:	
	1	D Number			238327	73196						الهوية	رقما
G	ender: 1	ئس:	Nationality:	321		الجلسية:	Mari	tal Stat	us Marrie	d 🗆 E)	اعزب ⊠ Single متز	نة الاجتماعية:	الدال
	ase declare any	of below cases i	y marking √ un	der the w	ord		io io	نم Yes		ع تحت كلمةً - ثعم	من الحالات أدناه يوضع اشارة أ- في المرب	لانمصاح عن وجود أو	رخی اا
1		dmission during la					SZ .	0			نظی خلال افر 12 شهر ۴	هل ثم التلويم بالمستة	
2	diseases limite Diseases, Chro Urinary tract s	diagnosed with an ad to: Autism, Ber nic Hepatitis C, Ga tones, thyroid goit nmune diseases or	iign Tumor, Cancer Illstones, Kidney fa er, Cysts, fibroid u	r, Heart illure, terus,		1	Ø	В		ي، حصوات العرارة	من الأمراض المؤمنة الثانية فقط: التوحد، قلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي العزمن سي ت المسدلك البولوا، تضكم اللاة العرفية، الذ ن المناعة المأاتية أو المتصلب العنطد.	،السرطان، أمراض ال القشل الكلوي، حصوا	
3	disorder or her Sickle cell diso diseases, Hydr malformations, disease, G6PDC	diagnosed with ar editary diseases III rder, Thalassemia, ocephalus, spinal r Chromosomal ab reficiency, systicfibr Polycystic Kidney	mited to: Cerebra hemophilia, metal nuscle atrophy, ge normalities, aucher osis,hemochromat	al palsy, bolic mital r's	R		Ø	а	واض	نياء أمراض التعثيل أعضاء التناصلية، أه لكيمس	ن من الأمراض الورائية أو التشوهات الخلقي طراب الخلايا المتجابة، التأسيعيا، الهيموفيا رأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأ رض خوشر، مرض التكمير القولي، التليف ا ير مرض ويلسون, تكون الكليتين الخلقي الو	الشئل التماغي، اط الغذائي، استعقام ا الكرومومنومات, م	
4		diagnosed with ar taract, Glaucoma,			es	6	ø	0			ي من أمراض العين الثانية فقط: زَرَقَاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية		1
5		dlägnosed with ar ad to: Vertebral dis ament tears,				E	Ø		تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك راف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة				
6	Pregnant Fen Current single Current single Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pre e pregnancy	evious CS delivery				0 0				ند رية سابقة اجتة	للأثش الدامل فقط همل هالي جانين وا حمل هالي مع قيص حمل حالي متعد الا تتريخ الولادة المتو	6
	Employee and Yes answer abo	d dependents det	ails that need to the case in the ta	be added	(In case of	fa					راد العائلة المراد الشاقتهم 3 هم أعلاء، الزجاء ذكر الحالة في الجدول أدنا		
	اسم مقدم الخدمة	المالة	رقم الجوال	الطول	الوزن		الهوية		القرابة	1000	the second second second		
Pr	rovider Name	case	Mobile No.	Height		ID N	lumb		Relation	اليش Gender	ف√فراد العائلة Employees/Dependent	24-04000	ř
			577202421	0	0	23832	7319	6	EMPLOYEE	1	GHASI RAM HARNATH BA	AIRWA	1
1. I acce and with 2. I cove the during 3. I this "Not 4. Fr	ptance of my enr that (Saudi Enay, to collect any me agree that (Saudi erage/daims in fu contractual date on ing the contract. hereby confirm re- form and I agree thing requires dec-	e that all above info olment will be on to a) has the right to dical information of i Enaya) has the ri ill in case of no dec or before enrolling eading and underst that not marking of daration" and I significant	the basis of such in contact the hospit needed to assess to ght to reject the laration of any cas or adding a new In canding all points p any case is unders in on these basis.	offermation al(s) I deal the risk(s). ses prior to assured presented in tood as	n				ات القى أتعامل معها ثد عدم الافصياح عن ر اعتباقة مومن له كا مام أي من العالات	الإتمسال بالمستشغوا به أو التغطية كليا ع ك أو قبل التسجيل أو د بأن عدم اشارائي ا عليه لوقع	: وسات المذكورة أصلاء كاملة و مسجيمة و با (شركة عقابة السعودية) لها المق في ت طبية قد تحتاج الهها لتقييم المخاطر ركة عقابة السعودية) في رفض المطالب المذكورة أعلاء اللتي تشلت قبل تاريخ التماة بعث جميع ما جاء في هذا التموذج كما أتمهة بعثابة نفي وجود ما يستمق الأفساح عنه و	البيئات و أن الشركة لتزويدها بأي مطوماة إلفق على أحقية (ت جود أي من الحالات ترة سريان العقد لز ياني قد قرأت و عم سنكورة أعلاء يعتبر و	1. آهر 15. آهر 2. لو در در 2. آمر 3. آمر

(1) Upon-renewal of the follow, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عث تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب تموذج اقصاح لأي مزمن له مضى عليه (11) أشير

C. CI / N / 18

(2) لا يحق الشركة التأمين طلب تموذج العساح طبي للموافيد الجند عند اضعافتهم على وثبقة التأمين الصحي.
السارية

(3) غي حال العلجة الأنساقة تانِعين اكثر بنم تعينة نعوذج جديد

(4) عدم نظامية قوام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.



Addition	(2) 回		New	E 242			Type			(1)	ر الطلب	C 45
angegeete An Al-St - Vare	77 777 577			100000	DOSCH DATES		30	ox -	-	(1)	50	
PolicyNo/CR:	532898831			سجل التجاري :		1,000		alam			م الملشاة :	
Mobile No :	Number			2309145	رقم الجوال	Employ	yee Name :	KORVT VHWO	D SANORA BAGO	М	م الموظف: الهوية	_
Gender: 1	1.100.1100.00	الجنا : Nationality	321	2303143	دده. Ma الونسية:	rital Stat	us Marrie	ردع □ ا	⊆ Single ت	أعزب	الهوية لة الاجتماعية:	
lease declare any yes) :	of below cases	by marking √ un	der the wo	rd	y No	نعم Yes			يوضع اشارة √ في العر			_
Any hosipital a	dmission during la	ast 12 months?			Ø	0			1 44	ستشقى خلال الحر 12	هل تم التنويد بالم	
Have you been diseases <u>limite</u> Diseases, Chro Urinary tract st	diagnosed with a ed to: Autism, Be nic Hepatitis C, G ones, thyroid goit	any of the following nign Tumor, Cancer allstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid u or Multiple scierosis.	r, Heart illure, terus,		Ø	0		ي، حصوات العزارة	منة التالية فقط: التوحد. دي الفيروسي المزمن سم ، تضخم الخدة الدرقية، ال	يأي من الأمراض المز ن الكتب، الإلتهاب الكي	، هل تم تشغیصك ،السرطان، أمراض الفشل الكلوي، حه	
disorder or her Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	editary diseases [der, Thalassemia ocephalus, spinal Chromosomal ab	iny of the following limited to: Cerebra i, hemophilla, metal muscle atrophy, ge prormalities, aucher prosis,hemochromat r Disease.	ol palsy, bolic enital r's		Ø	0	راض	بليا، أمراض التمثيل لأعضاء التناسلية، أه الكيمس	رائية أو التتوهت الخلق ثية، التارسيديا، الهيموقي مات الشوكي، تشوهك ا ن التكسر الخولي، التليف تكيس الكليتين الخلقي الو	اشتاراب القلايا العلم اء الرأس، ضعور العث ا، مرض طوشر, مرض	الشئل الدماغي، الغافي، استصطا الكروموسومات	4
CONTRACTOR OF STREET		ny of the following , Corneal diseases o		:5	Ø	يهك باي من أمراض العين الثانية فقط: و. مياه زرقاء، أمراض الغرنية أو أمراض الشيكية ك						4
T 0.00 (0.00	ed to: Vertebral d	any of the following lisc prolapse, Scolio			Ø		شغيصك بأي من أمراض العظام الثقلية قفط: الإنزلاق الفضروفي الديسك العمود الفقري، التهاب المفصل أو تمرّق الأربطة					
Pregnant Fem Current single ; Current single ; Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pr e pregnancy	revious CS delivery				0				واحد بصرية سايقة . الأجنة	للأتشى الحامل فة حمل حالي جثين حمل حالي مع أو حمل حالي متحد تاريخ الولادة اله	6
		etails that need to be the case in the ta		(In case of	a			. (*	ضافتهم 3 كر الحالة في الجدول أدا	واقراد العائلة المراد ا ة يقعم أعلاه، الرجاء ذ		
اسم مكم الخدمة Provider Name	الحلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	افزن Weight	ند ID Nur	رقم الهو mber	القرابية Relation	الوتس Gender	Employees	رظف بافراد العالة Dependent N/	22/0/22	÷
		532898831	0	0	2309149	833	EMPLOYEE	1	ROBAL AHM	OD SANORA BA	GOM	1

- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الافساح عن
 وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اطمالة مؤمن له خلال
 فئة قد بان المدة
 - 3. أقر يأتي قد قرآت و فهمت جموع ما جاء في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاد يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقساح عنه و عليه لوقع
 - 4. حدم تعبدة بهانات الطول و الوزن سرودي الى رفض تغطرة تكالوف عملية جراحة السعنة المغرطة

Entity's statep	Employee Signature (4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ
للمقاولات العاملة	BAGOM		C'C'	1111/

- (1) Upon renewal of the policy whe insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مومن له معنى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج العساح طبي للمواليد الجدد عند المسائلهم على وثيقة التأمين العسمي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة الأصافة تابعين أكثر يتم تعبنة نعوذج جنب
 - (4) عدم نظامية فيام صناحب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



Ple:	ure that you and	orm correctly for your family rec to your unified p	the purpose of p give health care s olicy benefit.	ricing and services a	1 to_		ىك	اقراد اسرتك على خدم	لنسان مسوك و	<u>ل المؤمن له</u> : يامك يتميلة هذا النموذج بالشكل المسجوح لغرض التسمير و ية المسعوة بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	دلىل ق
A	idition	بضافة (2) 🗖	N	ew	خداد 🖸			Туре		شب (1)	نوع الط
P	olicyNo/CR:				السجل التجاري:	رقم الوثيقة/	Entity I	Name: Al sa	alam	و الشاء و	اسم اله
	Mobile No :	508109549			සුවිය	رقم الجو	Employ	ee Name :	ALI ABDULMU	موظف: GHNI ALSHAWAFI	200
	10	Number			23753055						رقم الهو
G	ender: 1	ښ:	△ Nationality:	321		Mar الجنسية:		us Married	تروج 🗆 ا	لاجتماعية: أعزب Single س	المالة ا
Ple:		of below cases b	y marking √ und	er the wo	rd	No.	نم Yes		ربع تحث كلمة - تع	ساح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة √ في المر	يرجى الألم
1	Any hosipital ad	lmission during la	st 12 months?			M	0			تم التنويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	JA 1
2	diseases limite Diseases, Chron Urinary tract str	d to: Autism, Ben nic Hepatitis C, Ga ones, thyroid gold	y of the following or ign Tumor, Cancer, Ilstones, Kidney fall er, Cysts, fibroid ut Multiple sclerosis.	Heart lure,		Ø	0		بي، حصوات العرار أ	ن تم تشخيصك بأي من الأمراض العرّمنة الثانية فقطر التوحد مرطقان أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القيروسي المغرّمن م لمل الكلوي، حصوات المسئلك البواية، تضغم الغدة الدرقية، ا حم، الفقق، أمراض المناعة الفاتية أو التصفي المتعدر	2 .الد القد
3	disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	editary diseases <u>II</u> der, Thalassemia, ocephalus, spinal r Chromosomal abi	by of the following of mited to: Cerebral hemophilla, metab nuscle atrophy, gen normalities, aucher rosis, hemochromate Disease.	palsy, olic sital			0		يليا، أمراض التعثيل الأعضاء التناسلية، أ الكيمس	ل ثم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلا ثبلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاث مها، الهيموة فلاني، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات ا تكروموسومات, مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التلوف ليموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي ال	13) 13),
4			ny of the following of Corneal diseases of		5	Ø	بأي من أمراض العين الثانية فقط: و رُرفًاء، أمراض القرنية أو أمراض الثبيكية الله المراض الثبيكية الله الله الله الله الله الله الله الل				2
5		<u>d to:</u> Vertebral di	ny of the following t sc prolapse, Scollos			Ø	_		الغضروفي النيسك	ن تم تشخيصك باي من أمراض العقام النقية فقط: الإنزلاق حراف العمود الفقري، النهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	
6	Pregnant Ferr Current single Current single Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pr e pregnancy	evious CS delivery				0			<u>نَشُ الحامَلُ فَقَطُ :</u> مل حالى جلين واحد مل حالى مع فيصرية سايقة مل حالى متحد الأجتة يخ الولادة المتوقع	
			tails that need to		(In case of a	,			(21	ثات الموظف وافراد العائلة العراد اضافتهم 3 ي حالة الإجابة بنعم أعلام الرجاء نكر العائة في الجدول أدنا	
p	اسم مقام الخدمة rovider Name	ددنهٔ case	رقم الجوال Mobile No.	الطرل Height	الرزن Weight	ئے ID Nur	رقم شهر nber	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف إنقرك المطلة Employees/Dependent Name	,
			508109549	0	0	2375305	501	EMPLOYEE	1	ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	1

Undertakings:

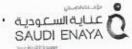
- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاء كاملة و صحوحة و يناء عليه قال قبول المثلب سيتر على أسلس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الدق في الاتصدال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تعتاج البها لتقييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض السطلية أو التعطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أخلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعالد أو قبل التسبيل أو امتباقة مؤمن له خلال فترة سريان العلا
 - 3. أقر بأتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا التموذج كما أتمهد بان عدم اشارتي اسام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفساح عنه و عليه لوقع
 - عدم تجنة بباتات الطول و الوزن سيودي الي رفض تغطية نكاليف عماية جراحة السعنة الملوطة

Entity's stamp	Employee Signature . ختر ميؤ قصل ا	(4)	A Designation of the second	Date	الثاريخ
	سلامالنخبة	-	Car	C' C/	NIE

- (1) Upon renewal of the policy, the networkshill not request a declaration form for any insured 1000 to 92 Goured for 11 months.
- (2) The insurer is not engine to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا بحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مومن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا بحق الشركة التأمين طلب نموذج المصاح طبي للموافيد الجند عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة تموذج جديد
 - (4) عدم تطامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



leas	Insured: e Fill out the form corr re that you and your fa ired according to your.	mily receive h	realth care ser	ing and to vices as	<u> </u>		فدمات	و افراد اسرنگ علی خ	ر و لضمان حصولك 1	ج بالشكل الصنتيح لغرض الكمعير للوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	فاية الصنحية بالشكل المه	٠,٠
200		اضافة (New	Z	7615			Туре		(الطلب (1	توع
				9.0	اوشقة/ السجل التجاز	رقم	Entity Na	ame: Al sala	m		المنشاة :	
_	licyNo/CR:	050			أقم الجوال:	_	Employe	e Name : IB	RAHIM MIA ME	IDRIS	الموظف:	-
P	4obile No : 5082529	1007			2315383618							رهَم ال
			ationality: 30	04	نسية:	ب Mari	tal Statu	s Married	منزوج 🗆	آعزب 🖾 Single	الاجتماعية	الحالة
_	se declare any of below		100	the word		Y No	نم Yes	نعم ۔	المربع تحث كلمة	الحالات أنفاء يوضع الثبارة أ)، في	لصاح عن وجود أي من	يرجى الاأ
yes					- 12-2	Ø	0			قلال القر 12 شهر ۴	، ثم التنويم بالمستشفى .	h 1
2	Any hosipital admission Have you been diagnose diseases <u>limited to:</u> Au Diseases, Chronic Hepa Urinary tract stones, th Hemias, autoimmune d	ed with any of to itism, Benign To titis C, Gallston yroid goiter, Cy	the following chr umor, Cancer, H nes, Kidney failur ysts, fibroid uten	leart re,		Ø	0	1.	، سي، حصوات المرا أ، التكيمات، ورم لية	لأمراض المؤمنة التثلية فقط: التو الالتهاب الكيدي الفيروسي المؤمن مثلث اليولية، تضم الخدة المرقيا باعة الذاتية أو التصلب المتعدد	سرطان، امراض الطب، شُرُ الكاوي، حصوات الم رحم، الفتق، أمراض المذ	dii dii di
3	Have you been diagnos disorder or hereditary of Sickle cell disorder, The diseases, Hydrocephalu	ed with any of diseases limite dassemia, hem	the following con d to: Cerebral p nophilia, metabol	alsy, IIC		M		ال أمراض	وفيليا، أمراض التمة 4 الأعضاء المقاصلية. ف الكند.	لأمراض الوراثية أو التشوهات ال الخلايا المنجئية، الثلاسيميا، الهيم ضعور العضلات الشوكي،تشوها، وشر, مرض التصر القولي، التني	شئل الدماشي، انشطراب فذاتي، استسفاء الرأس، تتروموسومات, مربض غ	21
	malformations, Chromo disease, G6PDDeficience	somal abnorm y,systicfibrosis,	alities, aucher's ,hemochromatos						الوراثى	، ويأسون, تكيس الكليشين الخلقى	ښوکرومالوسیس, مرڅ	`-
4	maiformations, Chromo disease, G6PDDeficienc Wilson disease, Polycys Have you been diagno: <u>limited to:</u> Cataract, (diseases.	esomal abnorm y,systicfibrosis, tic Kidney Dise sed with any of Glaucoma, Corr	alities, aucher's hemochromatos ase. the following ey neal diseases or	is, ve diseases Retinal		K	0		1,	وياسون, تكيس الكليتين الخلقي مراض العين التائية فقط: أمراض الغرنية أو أمراض الشيك	ليمو كروملتوميس, مرخر ل تم تشخيصك باي من ا لياه پيشاء، مياه زرقاء،	
4	malformations, Chromo disease,G6PDDeficienc Wilson disease,Polycys Have you been diagnos limited to: Cataract, (esomal abnorm y, systicfibrosis, tic Kidney Dise; sed with any of Glaucoma, Corr sed with any of vertebral disc pa	alities, aucher's hemochromatos ase. the following ey heal diseases or f the following bo	is, ve diseases Retinal		区区	0		1,	، ويأسون, تكيس الكليتين الخلقى مراض العين الذائية فقط: مراض العين الذائية فقط:	يموكر وملتوسيس, مرش أن ثم تشخيصك باي من ا نياه بيشاء، مياد زرقاد، ن ثم تشخيصك ياي من ا دراف العود الطري، الت	a.
276.0	maiformations, Chromo disease, G6PDDeficienc Wilson disease, Polycys Have you been diagnos limited to: Cataract, C diseases. Have you been diagnos diseases limited to: V Arthritis or Ligament t Pregnant Females o Current single pregna Current multiple pregna Current multiple pregna	esomal abnorm y, systicfibrosis, tic Kidney Dise- sed with any of Claucoma, Corr sed with any of vertebral disc pr ears. ney ncy with previous	alities, aucher's hemochromatos ase. The following ey heal diseases or The following by rolapse, Scoliosis	is, ve diseases Retinal		₽			1,	ويأسون, تكيس الكليتين الخلفي مراض العين الدائية فقط: أمراض القرنية أو أمراض الشيك مراض العظام الدائية فقط: الإنزلاق نهاب المغاصل أو تمرق الأربطة	نیموکروماتومیوں, مرش ل تم تشخیصك بای من ا نیاه بیشاء، میاه زرقاء، ل تم تشخیصك بای من آ،	A
5	maiformations, Chromo disease, G6PDDeficienc Wilson disease, Polycys Have you been diagnos timited to: Cataract, C diseases. Have you been diagno diseases fimited to: V Arthritis or Ligament t Pregnant Females o Current single pregna Current single pregna Current multiple pregna Expected delivery date Employee and depe	esomal abnorm y,systicfibrosis, tic Kidney Dise- sed with any of Glaucoma, Corr sed with any of vertebral disc pr ears. ney ncy with previous nancy e	alities, aucher's hemochromatos ase. the following ey heal diseases or f the following bo rolapse, Scoliosis aus CS delivery	re diseases Retinal one s,		₽	0		ية ن الغضروفي الديسك	ويأسون, تكيس الكليتين الخلقي مراض العين التائية فقط: أمراض الغرنية أو أمراض الشيك مراض العظام التائية فقط: الإزاري يهاب المفاصل أو تمزى الأريطة	يهوكروملتوسيسي, مرتز أن تم تشخيصك بياي من ا نياه بيشاء، مياد زرقادي دراف العود الققري، الذ <u>شي العامل قنط -</u> أن حالي جابي واحد أن حالي مع قيصر إحداد إن حالي متعد الأجنة إلى حالي العدا الأجنة إلى الموقف والحراد المتوقع	ه
5	maiformations, Chromo disease, G6PDDeficienc Wilson disease, Polycys Have you been diagnos timited to: Cataract, G diseases. Have you been diagno diseases fimited to: V Arthritis or Ligament t Pregnant Females o Current single pregna Current single pregna Current multiple pregna Current multiple pregna Current delivery date Employee and depe Yes answer above, ple	esomal abnorm y,systicfibrosis, tic Kidney Dise- sed with any of Glaucoma, Corr sed with any of vertebral disc pr ears. ney ncy with previous nancy e	alities, aucher's hemochromatos ase. the following ey heal diseases or f the following bo rolapse, Scoliosis aus CS delivery	re diseases Retinal one s,		2	ت ت ت رفر ليور	القرابة Relation	ية ن الغضروفي الديسك	وياسون, تكوس الكليتين الخلقي مراض العن للتقية فقط: أمراض القرنية أو أمراض الثبك مراض العظام التقية فقط: الإنزازة لهاب المغامل أو تمزق الأربطة ية لا المراد اشاطتهم 3	يموكر وملتوسيسي, مرخر أن تم تشخيصك باي من ا بناه بيشاء، مياد زرقادي فن تم تشخيصك باي من أ من المعلم فقط - من الحالي مع فيصر واحد أن حالي مع فيصر واحد إن حالي متعد الأجنة إن حالي المعرفة سابة خ الولادة المتوقع حالة الإجابة بنعم أعلاد، الموظف والحراد المتالة	ه

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Fallure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيشات و المعلومات المذكورة أعاده كاملة و صحيحة و بناه عليه فأن قبول الطالب سيتم على أصاس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعونية) لها الحق في الانساق بالسنتافيات اللني أتعامل معها لمتزويدها بأي معلومات طبية فد تحتاج اليها لتقييم المخلطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنظية كانيا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللني نشأت قبل تاريخ للتعاقد أو قبل التسجيل أو اطماقة مؤمن له خلال فترة سزيان العقد
 - أفر بأني قد قرأت و قيمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي اسام أي من الدالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عفه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بهانف الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية كاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's	مؤسسه جَيْنَالِ *	Employee Signature (4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ	
Linuxy	سلامالنحبه	AIM		c. (/	11115	
	المق اولات العامية	The second second second second	- Wearen	سام لأي محمن له ميني عا	. تجديد الونسقة فأنه لا يحق للشركة طلب تموذج اقد	To (

- (1) Upon 101005 5008 the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج الصماح طبي للموالية الجند عند اضافتهم على وثيفة التأمين الصمحي
 - (3) في حال الحاجة الأصافة تابعين أكثر يتم تعبئة تموذج جديد
 - (4) حدم نظامية قيام صناحت العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



3(%)	عاية الصمية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة		*			בנוג 🗹			☐ (2) iiiiiii	quired according t						
) المثلب (1)		Туре		Т			l N	□ (2) (a)	Addition						
	م المتشاة :			Entity		السول التجاري:				PolicyNo/CR:						
		yee Name : SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE		Employ	رقم الجو		Mobile No : 593502534 ID Number 2370 Gender: 1 لچنس: Nationality : 321									
	الهرية الألابتماعية: أعزب Single ☑	1 0 51%		to - 1 - 1 - 1		23703281	ID Number 23703 Gender: 1 الجنس: Nationality: 321 Base declare any of below cases by marking √ under the word									
	الة الإجتماعية: اعزب كتا Single الإقصاح عن وجود أي من الحالات أنناه بوضع اشارة أبد في الد	635	7200	نم Yes	Mar الجنسية: ۲ No											
T	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟			0	Ø			12 months?	mission during las	Any hosipital ad						
	، هل تم تشخيصتُ پاي من الأمراض المزمنة التائية فقط: التوه ، المرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الثانية، نافيروسي المزمن القشل الثانوي، حصوات المسئلة الهوانية، تضلم اللخة الدرقية، بالرحم، الفقى، أمراض المناعة الثانية أو التصلب المتحدر	سي، حصوات العرارة		0	Ø		Heart ure,		d to: Autism, Ben ic Hepatitis C, Ga ines, thyroid goite	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto						
88	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الذ الشلل النماغي، اضطراب الخلايا المنجاية، المتلاسيميا، الهيمو الخاني، استسقام الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات بالكروموسومات, مرض غوشر، مرض المتكسر القولي، المشهر بهيموكروماتوسيمس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي	الجياء أمراض التعثيل الأعضاء التناسلية، أ الكيمس	0.000000	0	Ø	Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.										
	هل ثم تشخيصك ياي من أمراض العين الثالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيك						이 경기 내가 있는 것이 없는 것이 없다.	of the following e orneal diseases or								
	، هل ثم تشخيصك يأي من أمراض الطلم التثلية قفط: الإنزلاو _الحراف العمود القلاري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	والغضروقي النيسك	ļi.	п	Ø			of the following b prolapse, Scollosi	d to: Vertebral dis							
	<u>الأش المامل فقط:</u> حمل حالى جنين واحد حمل حالى مع فيصرية سايكة حمل حالى متحد الأجنة تنزيخ الولادة المتوفع)]]	100			rious C5 delivery	regnancy regnancy with pre pregnancy	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive						
	بيالت الموقف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنح أعلاء الرجاء نكر الصالة في الجدول أ	ناد)				(In case of a		ils that need to he case in the tab								
ć	اسم الموظف (افراد المثلة Employees/Dependent Name	البشن Gender	القراية Relation	رقم ٹھ nber	رپ ^ا ID Nun	الرزن Weight	الطول Height	رقع الجوال Mobile No.	الدلة case	اسم مقام الخدمة Provider Name						
1	SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	1	EMPLOYEE	151	2370328	0	0	593502534								

- and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- لتزويدها بأي مطرمات طبية قد تحتاج البها لتفييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصياح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اهساقة مؤمن له خلال
 - أفر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أشهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات العذكورة أعلاه يعتبر بعثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعبنة بيالات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المفرطة

Linguista Ma		1000			
Entry's slamp	Employee Signature (4)	ترفيع الموطف	Date	الكار يخ	
المقادلات العاملة	SHAFIQI	JE	C.C(14115	

- (1) Upon renewalds the folicy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months,
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشخة فانه لا يحق للشركة طلب نعوذج الصناح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طني للموافيد الجدد عند اضافتهم على واثبقة التأمين الصدمي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تلمين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب الحمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



	Addition	D (2)	receive health coned policy benefit.					بربت طی عدد	حصولك والارك	ل المستوح لغرض التسعير و لعنمال سب منافع الوثيقة الموحدة	وقد والماليم وح والشكا	رزى المؤمن ل قيانك بتعبد
P	olicyNo/CR:	22(0.0)% 8		New	Ø	+172		Туре		3- 33 (22 (22	پة پائٽكل فيمسرب د (1)	
	Mobile No :	599614838			ل التجاري :	رقم الوثيقة/ السج	Entit	y Name : /	Al salam		(1)	ع الطلب
		ID Number				رقم الجوال:		oyee Name :		H ABDULKAREEM MOHSEN		سم المنشأة :
G	ender: 1		Nationality الجنس:		23774	000000				ADDUCTOREEM MOHSEN		سم العوظف؛
						Ma الجنسية:	arital St	atus Marr	ied 🗆	ں ⊠ Single ستردع		قم الهوية
ye	ase declare an s) :	y of below case	ss by marking √ u	nder the w	ord	Я	تعم					لدللة الإجتماء
					70355	No	Yes	2	حت كلمة - نعم -	إن أدناه يوضع اشارةً √ في العربع تـ	ن وجود أي من الحاا	ن الاقصاح ع
-	Have week	admission during	last 12 months?			Ø	0	-				
	diséases limit	n diagnosed with ted to: Aution :	any of the following Benign Tumor, Cance	chronic .			-			ر اخر 12 شهر ? 	نويم بالمستشقى خلال	هل ثم الثن
1	-10c0363/ LIII	unic medatitis to	Gallstonne Widow			100	0		ورام الحميدة	رامض المزمشة الشائية فقطة الشرحد, الأه	كرة وصيت باي من الأمر	tt -0.16
	ALLINER A CHOCK 2	tones, thyroid or	other Cuete Chestal	4.2		- 1				الدارات الكندان القيراة سيرز المزاهل متوادا	then the star of the	
+	Have you been	minune diseases	or Multiple sclerosis			- 1	1		Q-703,10m	مهمية المسلم المراوع المراقبة، التكه ية الذاتية أو التصلب المتعدر	ثلوي، خصوات العما والتمال المثالة	اللشال الك
	oraci nei ot tidi	editary diseases	any of the following limited to: Cerebr	-4		M	0					
	DICKIE CEIL DIZO	ruer, Inalassemi	a hemonbillin more	E-Dis		led .	10		الثالية فقط:	مراض الورائية أو النشوهات الخلقية	تشخوصك ياي من الأه	بين تم ا
	uiseases, Hydr	ocephalus, spina	I muscle atmosby a	and and				راض	اء امر اص اسمدین	عربين الوزياد خلايا المنجلية، الثلامومراء الهيموأوليا المعور العضلات الشوكي،تشوهات الأع	H. A. S. As . Kin as	
-	disease, G6PDD	eficiency, systicfi	bnormalities, auche brosis,hemochroma	r's toric				2000	عيسى	شرر مرض التكسر الغولي, التليف الد	مرسومات مرفق غو	45.44
1	wison disease	Polycystic Kidne	y Disease.						اش	وينسون, تكوس الكليتين الخلقى الورا	كزوملكوسيس, مزض	. ديس
	Have you been limited to: Ca	diagnosed with	any of the following	eye disease	:5							
	diseases.	toract, Glaucoma	, Corneal diseases	or Retinal		Ø	D			مراض العين المثانية فقطة	ر تشخيصك ياي من ا	مان تم
T	Have you been	dlagnosed with	any of the following	hone						أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	بيضاء، مياه زُرقَاء،	مياه
	diseases <u>limite</u>	d to: Vertebral o	disc prolapse, Scollo	sis,		₩.			فضروف الديمك	مراش العظام التثلية فقطة الإنزلاق الغ	1	
+	Arthritis or Liga	ment tears.							7000	مراس المعدم المديد تهاب المغاصل أو تعزق الأربطة	م تتنخيمت باي من ا ف العمود الفقري، ال	، هل ته رانحرا
	Pregnant Fem	ales only:										
	Current single p	pregnancy				D					والحامل فقطن	
	Current single p	pregnancy with p pregnancy	revious CS delivery			0				ii.	حالی جتین واحد حالی مع قیصریة ساء	حمل،
	Expected delive	ry date				0					حالي متحد الأجلة	مان
-	Employee and	donondonte									الولادة المتوقع	تاروخ
	Yes answer abo	ve, please declar	etails that need to be the case in the ta	be added ble below)	(In case of a	9				للة المراد الشافكهم 3 - المراد الشافكهم 3	، الموطف والخراد العا	پولاات
	اسم مقدم القد	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	نهوية		1.15		ه، الرجاء ذُكر الحالة في الجدول أدفاه		(اني -
ro	vider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	1.000	00.50	القرابة	الهنس		اسم الموظف لافرا	*
_		SWE	599614838	330,200	-	ID Numb	_	Relation	Gender	Employees/Depen		
			599614838	0	0	237741366	57	EMPLOYEE	1	ABDULLAH ABDULKAR	and the second second	1

- I hereby undertake that all above information are correct and the
 acceptance of my enrolment will be on the basis of such information
 and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal
 with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المخاورة أعلاء كادلة و مسجحة و ينام عليه قال قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عتاية السعودية) لها الحق في الإنصال بالمستشابات اللتي أتعامل معها لقز وردها بأن محلومات طبية قد تمكاح البها التغييم المخاطر
 - أوافق على احقية (شركة عناية السعونية) في رفض المطالبة أو التخطية كليا عند عدم الالسساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مومن له خلال فترة سريان المقد
 - 3. أقر بالي قد قرات و فيمت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي اسام أي من الدالات المذكورة أعلاد يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عله و عليه اوقع
 - عدم تعينة بيانات الخول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عماية جراحة السعنة المفرطة

Entity's standp	Employee Signature	(4)	توقوح العوظف	Date	التاريخ	
المقاولات العامة			Dorne		C.C. NINE	

- (1) Upon tened R.B. Calloy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوتسقة فأنه لا يحق الشركة طلب تموذج اقصاح لأي مزمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي المواليد الجدد عند المسافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة الأطباقة للهمين أكثر رتم تعبئة نموذج جديد.
 - (4) عدم نظامية قوام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



ensur	Insured: e Fill out the for re that you and red according to	your family rec	the purpose of precive health care so olicy benefit.	ricing and ervices as	to_		مك	الغراد اسرئك على خد	ر لطبعان حصبولك و	غرض التسعير و لوثيقة الموحدة	شكل المسجوح ل با حسب مثاقع ال	: ا التموذج بال كل المطلوب	الرعاية الصحية بالث	i.
Add	dition	إضافة (2)	No	ew E	خداد ا	-		Туре				(1)	وع الطلب	i
Pol	icyNo/CR:			:	قة/ السجل التجاري	رقم الوثي	Entity N	ame: Al sa	lam				اسم المنشأة :	
M	lobile No :	573319670			لېوال:	رقع	Employ	ee Name :	OFAZZAL HOS	SAIN A KUI	DDUS		أسم الموظف:	
	ID	Number			2306829587								قم الهوية	
Ger	nder: 1	ېس:	Nationality:	321	:5	Mar الجنس	ital Statu	s Married	منزوج 🗆	Single	(r 🗵	s!	حللة الاجتماعية:	3
Pleas (yes)		f below cases b	y marking √ unde	r the wor	ı	Y No	نم Yes	بم -	ىرىغ ئىت كامة ـ ت	ع الشارة آيا في ال	الات أدناه يوضع	. أي من الحا	ن الاقصاح عن وجوا	14.40
1		nission during las	st 12 months?			₽	0			Ť	، اخر 12 شهر	ستشطى خلاز	هل ثم الثلويم بالم	1
2	diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	I to; Autism, Ben ic Hepatitis C, Ga nes, thyroid goite	ny of the following cl nign Tumor, Cancer, illstones, Kidney faili er, Cysts, fibroid ute r Multiple sclerosis.	Heart ure,		ĸ	а	ā	د, الأورام الحميدة سي، حصوات المراز التكيمات، ورم ليلي	يروسي العزمن ، نم الغدة الدرقية،	نهاب الكيدي الف ك اليولية، تضد	ع الطّلب، الالة سوات العميلا	ءالسرطان، أمراط	2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease,G6PDDe	ditary diseases <u>li</u> ier, Thalassemia, cephalus, spinal r Chromosomal abi	ny of the following of mited to: Cerebral hemophilia, metabo muscle atrophy, gen normalities, aucher's rosis,hemochromato Disease.	palsy, olic ital s		Ø	0) أمراض		ثلاسيمياء الهومو	لايا المنجلية. ال مور العضلات ال مر, مرض النكم	ضطراب الـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	الشلل الدماغي، ا الغذائي، استسقاء والكروموسومات	3
4	Have you been diseases.	diagnosed with a aract, Glaucoma,	ny of the following e Corneal diseases or	ye disease: Retinal	3	Ø				ية فقط: . أمراض الشيكيا			هل تم نشخیصگ میاه بیضاء، مو	4
5		d to: Vertebral di	ny of the following b isc prolapse, Scolios			Ø)	الغضروفي الايسك	ية فقط: الإنزلاق نعزق الأربطة	اض العظام الثال ب المقاصل أو :	ياي من لمرا لفقري، التها	، هل تم تشخيصك الحراف العمود ا	5
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with preparate	revious CS delivery				0					راحد سرية سايقة الأهنة	للائش الحامل فقط حمل حالي جنين و حمل حالي مع قيد حمل حالي متعد تاريخ الولادة الما	6
			etails that need to e the case in the tal		(In case of a				(%)				بينات الموظف و (في هالة الإجابة	
1200	ضم مقدم الخدمة rovider Name	الدالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	نة ID Nu	رقم الهور mber	القرابة Relation	الجنس Gender	Emplo	ىشة oyees/Dep	لف √فراد ت endent	1000	٨
-	nn-cal richasaidh	NEW PORT	573319670	0	2306829	9587	EMPLOYEE	1	TOFAZ	ZAL HOSS	AIN A KU	DDUS	1	

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و العطومات الطنكورة أعلاء كاملة و مستبخة و بناء عليه فأن قبول الطلب سوتم على اسلس هذه البهانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصمال بالمستشفيات اللكي العلمل معها لمنزويدها بابي معلومات طبية قد تعتاج المها لتقيم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الانساح عن وجرد أي من الحلالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التماق أو قبل التسجيل أو انشاقة مومن له خلال فدة صد بإن المقد
 - أقر بأتي قد قرأت و فيمنت جميع ما جاء في هذا اللموذج كما أتمهد بأن عدم اشارتي اسام أي من المالات المذكورة أعلاء يطبر بمثلية بفي وجود ما يستحق الإفساح عنه و عليه اوقع
 - عدم نحبنة بيانات الطول و الوزن حوادي الى رفض تنطية تكثليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	المتاريخ	
سلامالنخبة		KUDD	US		C.C1	11/15

- (1) Upon renewal of the policy to be insuren shall not request a declaration form for any like Lett 195 to be the insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is:illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند كجديد الواتسقة فأنه لا يحق للشركة طالب نموذج العساح لأي مومن له مصى عليه (11) أشهر
- (2) لا يعق أشركة التأمين طلب نموذج الصماح طبي للمواليد الجدد عند اضافاتهم على وثيقة التأمين الصمعي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نعوذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام هسندب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



			eceive health care policy benefit.	services :	as_			٥	راد اسرئك على خدما	محسولك و ال	و لضمان					، قوامك بتجنة هذا ا عابة الصحية بالشك	
Ad	dition	(2) 起动	et .	New	E 4	ph.	-		Туре						(1)	الطلب	نوع
Po	licyNo/CR:				بجل التجاري :	الوثيقة/ الم	رقم	Entity	Name: Als	alam						م المنشأة :	ind.
1	Mobile No :	542204418				رقم الجوال:		Emplo	yee Name :	NAWAF A	YAD N	AHAR A	ALHARBI			م الموظف:	
	10	Number			108013	88843										الهوية	رقم
Ge	nder: 1	:0	: Nationality الجنا	305		چسپ	Mar	ital Sta	tus Marrie	1 🗆	منزوج	Sing	gle 🛭	4.	iei	لة الإجتماعية:	الحا
Plea (yes		of below cases	by marking √ unc	ier the wo	ord		¥ No	نم Yes		ت كلمة - تع	لعريع تند	ةٰ√أميا	يوضع اشار	وت ابناء	أي من الحا	لاقصاح عن وجود	رجی
,	POST COMPONENT AND ADMINISTRA	imission during l	act 12 months2			Ø	_				2777	10.0		biz 19-	هل تم التقويم بالعد	T	
2	Have you been diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	diagnosed with a d to: Autism, Be nic Hepatitis C, Cones, thyroid go	any of the following mign Tumor, Cancer Sallstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid ut or Multiple sclerosis.			Ø	0		صوات العرارة	ر سيء ڪ	ي العزمن دة الدرقية	منة الثالية . ي الفيروس . تضخم الخ	اض المز نهاب الكيد ك البولية	بأي من الأمر والقلب، الإلة موات العممال	من م سعوم بسد ، السرطان، أمراض الفشل الكاوي، حص بالرحم، الفقق، أمر		
3	Have you been disorder or here Sickle cell disor- diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDe	diagnosed with a editary diseases der, Thalassemia cephalus, spinal Chromosomal a	any of the following limited to: Cerebra a, hemophilia, metal muscle atrophy, ge anormalities, aucher prosis,hemochromat	congenital I palsy, polic nital			Ø	0		مراض التمثيل اء التناسطية، أ ص	مولهيئيا. أ ت الأعت يف الكيس	شوهات ال بعياء الهيم بر،تشوها نولي, التل	راثية أو الثنا لية، الثلاسي بالات الشوك ع التكسر الغ	راش الور لايا المذي مور العد مر مرشر	يأي من الأم شطراب الذ و الرأس، شور و مرض غوة	هل تم تشخيصك و الشلل النماغي، ا القاتي، استسقاه الكروموسومات هيموكروماتوسي	
4			any of the following , Corneal diseases o	es		Ø	0			كية	ط: اض الشي	ن الثانية فقد رنية أو أمر	راض العي براض الة	، يباي من أمر باه زرقاء، أه	هل تم تشخیصك میاه بیضاه، مر	4	
5		d to: Vertebral o	any of the following disc prolapse, Scolio				Ø	П		روقي النيسك						، هل تم تشخيصك «الحزاف الصود ا	15
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	oregnancy oregnancy with p o pregnancy	revious CS delivery				-	3							واهد صرية سايقة الأجنة	للأثش الحامل فقد حمل حالي جنين حمل حالي مع قي حمل حالي متحد تاريخ الولادة الما	6
			etails that need to re the case in the ta			fa				401 10 10 10 10	أدناه)	ن الجدول				بيانات الموظف و (في هالة الإجابة	
	اسم مقدم الخدمة	الحلة	رقم الجوال	الطول	الوزن		برية	رقم الو	القرابة	لجنس	1			العائلة	رفقف لاقراد	اسر العو	*
Pro	ovider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID	Num	ber	Relation	Gender		Emi	olovees		ndent N	,	*
			542204418	0	0	1080	01388	43	EMPLOYEE	1	+	_		-	IAR ALH		1
			542204418	0	0		58790	3320	SON	1					AD ALHA		2
			542204418	0	0		56806	257	WIFE	2					HAR ALH		3
			542204418	0	0	1000	11841	883	DAUGHTER	2					AD ALH	100.00	4
1. I h accep and t with 2. I a cover	otance of my enro that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi rage/clalms in ful	olment will be or i) has the right t dical information Enaya) has the I in case of no di	nformation are corre to the basis of such in the contact the hospit in needed to assess t right to reject the eclaration of any cas g or adding a new In	nformation al(s) I deal the risk(s). ses prior to					الطلب سيكم على أساد ات اللكي أتحامل معها ند عدم الاقصماح عن و اضعافة مؤمن له شلا	سال بالسنشغز التغطية كليا ء	غي الاتم طالبة او	لها الحق خاطر رفض الم	سعودية) بها للقييم الم نه) فحى ا	عناية الد تحتاج الو ة السعودي	حاومات العد ئة (شركة بات طبية قد شركة عداني	لبيانات و أن الشرة تزويدها بأي معلوه افق على احقية (جود أي من الحالاد	1. أو ا 1 1 2. أو و.
3. I h this f "Noth 4. Fa	orm and I agree ning requires deci	that not marking laration" and I si eight and height	standing all points p g any case is unders gn on these basis. Information will resu	tood as					مام أي من الحالات سنة المعرضة	اوقع	ه و طبه	فصاح ط	يستحق الأدّ	وجودما	يمثابة نفي	رة سريان العقد ر باني قد قرأت و مذكورة أعلاه يعتبر عدم نحبتة بيانات الد	я ,3 Л
	y's stamp	المناحب	Employ	vee Signatu	ıre	(4)			توقيع الموظف	Da	ate		ė.	jan			_

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer chell not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.(3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- filled.
 (4) It is illegel to sign this form by the employer instead of the employee.

- ور المراجع الم
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج انساح طبي للمواليد الجدد عند امسافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الماجة الأصافة البحين أكثر يتم تجنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



quire		your unified p	olicy benefit.			\perp		_		حسب مذاقع الرثيقة الموحدة	(1)	وع الطلب	_
Additi	ion	إضافة (2) 🗆	Ne	w Ø	خبت			Туре			(1)		_
Policy	/No/CR:				نة/ السجل التجاري	رقم الوثية	Entity N		70.40			اسم المنشأة : اسم الموظف:	_
Mob	oile No : 5	04553765			چوال:		Employe	ee Name : M	OHAMMED M	USHABBAB ALSHEHRI		سم العوظفا: قم الهوية	110
	ID	Number			101570690					Single 🖾 🔾	اعز	م مهورة مثلة الاجتماعية:	_
Gend	er: 1	ېس:	Nationality:	305	;	Mar الجنسية			لتزرج □	Single .		2,82-15,1702,630	
lease yes) :		below cases b	y marking √ unde	r the word		No.	نم Yes	نعم -	ربع تحت للنمة	ت أدناه بوضع اشارة إ في الع	رد أي من الحالا	الاقصاح عن وجو	<u>بر</u>
		nission during las	r 12 months?			M	0			اش 12 شهر ؟	مستشفى خلال ا	هل ثم التنويم بال	
H di D	ave you been di iseases <u>limited</u> iseases, Chronic Irinary tract stor	agnosed with an to: Autism, Ben : Hepatitis C, Ga nes, thyroid goite	y of the following ch ign Tumor, Cancer, I llstones, Kidney failu er, Cysts, fibroid uter	Heart Ire,		Ø	0	3.	من حصوات المرا	ض المؤمنة التالية فقط: للتوحد في الكيدي الفيروسي العزمن م للبولية. تضخم الخدة الدرقية. ا لثانية أو التصليب المتحدر	ض الطلب، الالتها صوات المسالك	،السرطان، أمران الفشل الكلوي، حا	
d S d	Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>Himited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases						0	يان . أمراض	وثياء أمراض التمثر لأعضاء التناسلية. الكيسى	ض الوراثية أو النشوهات الخلفا يا المتوانية، التكسيميا، الهيموة ر العضائات الشوكي، تشوهات , مرض التكسر القولي، التليف سون, تكوس الكليتين الخلقي ال	اضطراب الخلام اء الرأس، ضمو نم مرض غوشر	الصُّلُل النعاشي، الغَفَّالي، استُصفا بالكروموسومات	
i	tave you been d	llagnosed with a		ye diseases Retinal		Ø	٥		9	ن العين النائية فقط: ض الغرنية أو أمراض الشيكية			
	diseases <u>limited</u>	i to: Vertebral di	ny of the following b sc prolapse, Scollosi	one Is,		Ø	п		الغضروفي النيسك	ن العالم الثالية قلط: الإنزلاق ا المغاصل أو تعزق الأربطة	ن بأي من أمراط الفقري، الشهلب	، هل ثم تشخيصا إلحراف العدود	
	diseases <u>limited to:</u> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current multiple pregnancy Expected delivery date						0				 واهد صرية سلهقة الأجنة	للأثثى الحامل فقد حمل حالي جنين حمل حالي مع قيد حمل حالي متعد تاريخ الولادة الما	
	Employee and Yes answer abo	dependents de	tails that need to e the case in the tal	be added ble below)	(In case of a	2				راد اضافتهم 3 جاء نكر الحالة في الجدول أدنا،	افراد العائلة الد ينعم أعلاه، الر.	بيانات الموظف و (في حالة الإجابة	
نة	Yes answer above, please declare the case in the table below) الوزن الطول رقم الجوال الحالة اسم مقدم الملامه ovider Name case Mobile No. Height Weight						رقم الهن mber	القرابية Relation	البنس Gender	Employees/De	يَثْفُ إفراد العاد ependent !	Tracking I	
-10	1101119		504553765 504553765 504553765 504553765 504553765 504553765	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	101570 101841 114816 113284 112371 117694	0728 5861 9686 1135	EMPLOYEE WIFE SON SON SON DAUGHTER	1 2 1 1 2	MOHAMMED MUSI QIBLAH DHAFER A RAYID MOHAM ABDULLAH MOHA ABDULRAHM JUMANAH MOHA	AWWADH AL MED ALSH AMMED ALS MAN ALSHER	LSHEHRI EHRI SHEHRI HRI	

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 1 agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

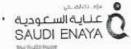
- أفر أن البياشات و المعلومات العذكورة أعلام كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البياشات و أن الشركة (شركة عناية السعونية) تها الحق في الاتصدال بالمستشفيات اللتي أتعالى معها للتزويدها بأي معلومات طبية قد تعتاج البها التقيم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عداية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافساح عن وجرة أي من الحالات المذكورة أعلاه الذي نشأت قبل تتربح التعاد أو قبل التسجيل أو اندبالة مومن له خلال فترة سريان العد.
 - أقر بالتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا اللسوذج كما أنتهد بان عدم الشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه بعثير مطالبة نفي وجود ما يستمن الأفساح عنه و عليه اوقع
 - عدم تنجئة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تنطية تكاليف عطية جراحة السعدة العفرطة

Entity's stamp من التاريخ Date التاريخ Date التاريخ Date التاريخ الموظف الم

(1) Upon renewal of the above 2000 insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عاد تجديد الوشقة فأنه لا بحق للشركة طلب نموذج اقصاح لأي مومن له مضى عليه (11) تشهر
- (2) لا بحق تشركة التأمين طلب نموذج العساح طبى للعواليد الجدد عند اضافتهم على وثرقة التأمين الصممي
 السارية
 - (3) هي حال العدية الاستادة تابعين الكار يتم تعيدة نموذج جديد
 - (4) حدم نظامية فيام مساحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



J	م العنشاق : م العوظف: JLALIM QINDIL	SW S	Туре		7.75	New							
J.	م الموظف: JLALIM QINDIL	: Ai saiam	51	.		علان المنافذة المنا							
			itity remine i	-	م الوثيقة/ السجل التجار	tion العالم الع							
رق	و الهوية	ame: Official Abbo	mployee Name :	Emp	رام الجوال: 2061854846	yNo/CR: : : نتيني: bile No: 547346639 ID Number 206 Ier: 1 : الجنس: Nationality: 204 Indeclare any of below cases by marking √ under the word strong hospital admission during last 12 months? Idave you been diagnosed with any of the following chronic diseases: Iimited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases Iimited to: Cerebral palsy,							
الد	الله الاجتماعية: أعزب 🖾 Single م	ستروج 🗆 Married	I Status Marri	Marital S	AND SET LINES TO	ID Number 206. Ier: 1 الجنس: Nationality: 204 declare any of below cases by marking √ under the word any hosipital admission during last 12 months? lave you been diagnosed with any of the following chronic liseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart biseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure,							
		100000000000000000000000000000000000000				onality: 204	Nat الجنس:	ender: 1	Ge				
7	الاقصاح عن وجود أي من الحالات أنذاه بوضع اشارة أر في العر	ىرىغ تحت كلمة - تعم -	Yes			ng √ under the w	below cases by mar	ase declare any of	ear				
T	هل تم التنويم بالمستشفى غلال الهر 12 شهر ؟		-			2783		s):	es				
+			0	M C		e declare any of below cases by marking \(\square \) under the word : Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases [imited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernids, autoimmune diseases or Multiple scienosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases [imited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital							
	، هل تم تشخيصك يأي من الأمراض العرّمة التالية فقط: التوحد ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الخيروسي العرّمن مـ	د, الأورام الحميدة			- 1	e declare any of below cases by marking v under the word Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis,							
	الفشل الكلوي، حصوات العمدالك الهوانية، تنفيض الغزة الدرقية، ا	سي، خصوات المرارة التكيميات، ورم ليلي				Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic							
	بالرحم، الفَكَى، أمراض المناعة الذَّائيَّة أو التصلي المتعدر	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.							
						Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy,							
	Alice in the man of the second second in the second	met 7 heb 7 ft				Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic							
	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلة الشأل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموق	فيثياء أمراض التمثيل		Ø (disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic							
	الشَّلُ الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التُلاسيميا، الهيمولي الغُدَّافي، استسقاء الرأس، ضعور العضلات الشوعي، تشو هات ا	فرئيا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسفية، أب رض				o: Cerebral palsy, alla, metabolic	disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic						
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيمولي المذاني، استسقاء الرأس، ضعور العضات الشوكي،تشو هات اإ والكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القولي، التابق	فوتيا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهس		Ø (o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital	ditary diseases <u>limited</u> er, Thalassemia, hemo ephalus, spinal muscle	Sickle cell disorde diseases, Hydroc					
	الشَّلُ الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التُلاسيميا، الهيمولي الغُدَّافي، استسقاء الرأس، ضعور العضلات الشوعي، تشو هات ا	فوتيا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهس		⊠ [o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo cephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, h	Sickle cell disorded diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDel					
	المُشَالُ اللَّمَاغَيِّ، اضطراب الخلايا المتجلية، التُكسيميا، البهمواني الخاتي، اسلسقاء الرأس، ضعور العضالات الشوكي، الشوبات الإ والتروموسومات، مرض طوشر, مرض التكسر القولي، التليف . هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تتيس الكليتين الخلقي الو	فوتيا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهس		Ø (o: Cerebral palsy, hilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis,	ditary diseases <u>limited</u> er, Thalassemia, hemo cephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, h folycystic Kidney Diseas	Sickle cell disorded diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P.					
	المُشَالُ اللَّمَاغَيَّ، اشتطراب الخلايا المتجلية، التُلاميميا، الهموقي الخاتي، اسلسقاء الرأس، ضعور العضالات الشوكي، الشواهات الا والتروموسومات، مرض طوشر, مرض التكسر القولي، الشيف . هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الو . هيموكروماتوسيس، من شراض العن الثالية فقط:	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراش				o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise	ditary diseases limited or, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, helycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the	Sickle cell disorded diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P Have you been d					
	القبال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، التكديميا، الهيموار الخاتي، اسلسقاء الرأس، ضعور العضالات الشوكي، التولف الا ولكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القالي، التوف .هيموكروماتوسيدن, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو هيموكروماتوسيدن باي من أمراض العرز الثالية فقط: على تم تشخيصك باي من أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية مياه بهضاء، مياه زرقاء، أمراض القرتية أو أمراض الشيكية	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی			o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, e following eye dise diseases or Retina	ditary diseases limited or, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, h folycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the gract, Glaucoma, Corne	Sickle cell disordidiseases, Hydroc maiformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P Have you been d limited to: Cata diseases.	No.				
	المُشَالُ اللَّمَاغَيْ، اشتطراب الخلايا المتجلية، التُلاميميا، الهموقي الخالي المتجلية، التُلاميميا، الهموقي الخالي، التيف الخالي، التيف حريق التكسر القولي، التيف معروكروماتوسيدن, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو عبدوكروماتوسيدن, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو عبدوكروماتوسيدن المراض العبن التالية فقط: عبدوكروماتوساك باي من أمراض القرتية أو أمراض الشيكية عبداد فرواض المراض القرتية أو أمراض الشيكية عبداد فرواض المراض القرتية الو أمراض الشيكية عبد فرواض المراض الشيكية المراض المتلا الشيكية المراض المؤرثية الو أمراض الشيكية المراض الشيكية المراض الشركية المراض الشيكية المراض المتلا ا	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی	Ø		o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, e following eye dise diseases or Retina e following bone	ditary diseases limited or, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, holycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the gract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the	Sickle cell disordidiseases, Hydroc maiformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P Have you been dimited to: Cata diseases. Have you been diseases.					
	القبال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، التكديميا، الهيموار الخاتي، اسلسقاء الرأس، ضعور العضالات الشوكي، التولف الا ولكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القالي، التوف .هيموكروماتوسيدن, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو هيموكروماتوسيدن باي من أمراض العرز الثالية فقط: على تم تشخيصك باي من أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية مياه بهضاء، مياه زرقاء، أمراض القرتية أو أمراض الشيكية	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	Ø		o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, e following eye dise diseases or Retina e following bone	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, holycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the aract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the diagnosed with any of the diagnosed	Sickle cell disorded diseases, Hydroc maiformations, C disease, G6PDDet Wilson disease, P Have you been dimited to: Cata diseases. Have you been diseases. Have you been diseases.					
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموار الخاتي، استسقاء الرأس، ضمور العضالات الشوكي، التيف ولكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القاليين الخلقي الو هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو على ثم تشخيصك باي من أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية بعياد بهضاء، مهاد زرقاء، أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية على ثم تشخيصك باي من أمراض الغلم التقية فقط: الإنزلاق الا التحرف المعود القاري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	2 2		o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, e following eye dise diseases or Retina e following bone	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle Chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, holycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the aract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the diagnosed with diagnosed with any of the diagnosed with any of the diagnosed with any of the diagnosed with any of the diagnosed with any of diagnosed with diagnosed with diagnosed with dia	Sickle cell disordidiseases, Hydroc maiformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P Have you been dimited to: Cata diseases. Have you been diseases. Have you been diseases. Have you been diseases limited Arthritis or Ligan					
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموار الخاتي، استسقاء الرأس، ضمور العضالات الشوكي، التيف ولكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القاليين الخلقي الو مهموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو من تم تشخيصك باي من أمراض الفرتية أو أمراض الشبكية مهاه بوضاء، مهاه زرقاء، أمراض القرتية أو أمراض الشبكية ما تم تشخيصك باي من أمراض الغلم التقية قطط: الإنزلاق الا التحراف المعود القفري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة حمل حالي جنين واحد	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	Ø		o: Cerebral palsy, nilla, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, e following eye dise diseases or Retina e following bone	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo cephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, healy cystic Kidney Diseased diagnosed with any of the aract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the diagnosed with diagnosed with diagnosed with diagnosed with	Sickle cell disordediseases, Hydroc malformations, C diseases, GSPDDet Wilson disease, P. Have you been dimited to: Cata diseases: Have you been diseases: Ilmited Arthritis or Ligar	5				
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموار الخاتي، استسقاء الرأس، ضمور العضالات الشوكي، التيف ولكروموسومات, مرض طوشر, مرض التكسر القاليين الخلقي الو هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليكين الخلقي الو على ثم تشخيصك باي من أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية بعياد بهضاء، مهاد زرقاء، أمراض الغرتية أو أمراض الشيكية على ثم تشخيصك باي من أمراض الغلم التقية فقط: الإنزلاق الا التحرف المعود القاري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	Ø 0 0		o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina following bone pse, Scoliosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo sephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, holycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the caret, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the corne	Sickle cell disorded diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDel Wilson disease, P Have you been diseases. Have you been diseases limited Arthritis or Ligar Pregnant Fems Current single p	il I				
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموقي الخاتي، استنقاء الرأس، ضمور العضائات الشوكي، اشهيموقي الخاتي، استنقاء الرأس، ضمور العضائات الشوكي، الثلف مهر كروستوسيس, مرض ويلسون, تتيس الكليتين الخلقي الو على ثم تشخيصك ياي من أمراض الجن الثالية فقط: مهاد يهضاء، مواد زرقاء، أمراض الجزية أو أمراض الشيكية المراض المعود المقري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة حمل حالي جنين واحد حمل حالي جنين واحد	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	Ø		o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina following bone pse, Scoliosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo sephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, helolycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the gract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the diagnos	Sickle cell disorder diseases, Hydroc malformations, C disease, GSPDDel Wilson disease, P Have you been diseases. Have you been diseases: Have you been diseases: Himited Arthritis or Ligar Pregnant Fems Current single p Current single p Current multiple					
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموار الخاتي، الشدقاء الرأس، ضمور العضارات الشوكي، تشوهات الارادوموسومات, مرض طوشر, مرض التكس القولي التلف موركروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخائلي الو ما تم تشخيصك باي من أمراض الجن التابية فقط: مياه برضاء، مياه زرقاء، أمراض العثلم الثلية فقط: الإنزلاق المناب المعاصل أو تعزق الأربطة المحرف المعرف المعامل فقط: وحدا حالى جنين واحد حمل حالى جنين واحد حمل حالى من قرادة	فرئيا، أمراض التعقيل الأعضاء التناسلية، أمراض الكهسي توراثي	نی 🗆	Ø 0 0		o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina e following bone pse, Scoliosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemosephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, helycystic Kidney Diseased agnosed with any of the cract, Glaucoma, Cornediagnosed with any of the cract, Vertebral disc proment tears. ales only: aregnancy aregnancy aregnancy ry date	Sickle cell disorder diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDCel Wilson disease, Phare you been diseases. Have you been diseases: Have you been diseases: Ilmited Arthritis or Ligar Pregnant Fema Current single p Current multiple Expected deliver					
	الشائل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموقي الخاتي، الشائدية الثلاميميا، الهيموقي الخاتي، الثقاف الخاتي، التنفس الخاتيان الشائل التي موخروستوسيس, مرض ويلسون, تتيس الخليتين الخاتي الا مل تم تشخيصك باي من أمراض العن الثانية فقط: مياه يهضاه، مياه زرقاء، أمراض الغزنية أو أمراض الشيكية . مياه يهضاه، مياه زرقاء، أمراض الغزنية أو أمراض الشيكية , اتحراف المعرد الغزني، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة . مدل حالي جنن واحد . مدل حالي جنن واحد . مدل حالي من قبصرية البيئة . مدل حالي منعد الإجناف . مدل حالي منعد الإجناف . مدل حالي منعد الإجناف .	فإنياء أمراض التعليل الأعتساء التناسلية، أمراض الكيمس فورائي الفضروفي الديست	نی 🗆	Ø 0 0	In case of a	o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina following bone pse, Scoliosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo sephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, helycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the cract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the cract, Service and the crack of	Sickle cell disorder diseases, Hydroc maiformations, C disease, GSPDDet Wilson disease, P Have you been diseases. Have you been diseases limited Arthritis or Ligar Pregnant Femal Current single p Current multiple Expected deliver	il I				
	الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيموار الخاتي، الشعارة، الهيموار الخاتيات الشوكي، التيف الخاتي، استمالة الشوكي، التيف والتوقي التيف موضو والمسون, تتهس الكليتين الخاتي الو على ثم تشخيصك بأي من أمراض العين الثانية فقط: بين عن أمراض العين الثانية فقط: الإنزلاق المهاد بهاء في من أمراض العثلم الثانية فقط: الإنزلاق المحراف المعرد القطري، التهلب المقاصل أو تعزق الأربطة حمل حالى من فيصرية سابقة حمل حالى من قيصرية سابقة حمل حالى من فيصرية سابقة حمل حالى من فيصرية سابقة حمل حالى منعد الإنهاق	فإنياء أمراض التعليل الأعتساء التناسلية، أمراض الكيمس فورائي الفضروفي الديست		Ø		o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina following bone pse, Scoliosis, CS delivery at need to be add se in the table belo	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo pephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, holycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the gract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the discounty of the cornect tears. Ales only: Ales onl	Sickle cell disorder diseases, Hydroc malformations, C disease, GSPDDel Wilson disease, P Have you been diseases. Have you been diseases limited Arthritis or Ligar Pregnant Fems Current single p Current multiple Expected deliver Employee and Yes answer about malformations.					
	الشائل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيمولي الخاتي، الشائل الدماغي، الضطراب الخلايا المتجلية، الثلاميميا، الهيمولي الخاتي، الشوى، الشولي، التيف موركروستوسيس, مرض ويلسون, تتيس الخليتين الخلقي الو من تم تشروسك ياي من أمراض العن الثانية فقط: مياه زرقاء، أمراض الغزنية أو أمراض الشيكية . مياه يهضاء، مياه زرقاء، أمراض العظام الثقية أقط: الإنزازي المتحراف العمود المقرني، التهاب المقاصل أو تعزق الأربطة . حمل حالي من أمراض المقاصل أو تعزق الأربطة . حمل حالي منعد الإنبانية الميانة . حمل حالي منعد الإنبانية المتحدد الإنبانية المواقعة والمراد المتحدد الإنبانية المحراد المتحدد المحدد	الإعتماد التناساية، أمراض التعقيل الأعتماد التناساية، أمراض الوراش أوراش أوراش الفضروفي الديستك الفضروفي الفضروفي الديستك الفضروفي الديستك الفضروفي الديستك الفضروفي الفضروف	ان ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا	Ø 0 0	וענני	o: Cerebral palsy, allia, metabolic trophy, genital ies, aucher's nochromatosis, following eye dise diseases or Retina following bone pse, Scoliosis,	ditary diseases limited er, Thalassemia, hemo sephalus, spinal muscle chromosomal abnormal ficiency, systicfibrosis, helycystic Kidney Diseas diagnosed with any of the gract, Glaucoma, Corne diagnosed with any of the discounty	Sickle cell disorder diseases, Hydroc maiformations, C disease, GSPDDet Wilson disease, P Have you been diseases. Have you been diseases limited Arthritis or Ligar Pregnant Femal Current single p Current multiple Expected deliver					

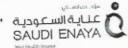
- acceptance of my enrolment will be on the basis of such it and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- للزويدها بأي معلومات طبية فد تعتاج اليها لتقييم المخاطر
 - أوانق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنظية كليا عند عدم الافساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعلق أو قبل التسجيل أو امساقة مومن له خلال
 - أفر بالني قد قرآت و قهمت جموع ما جاه في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من المالات العذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه اوقع
 - خدم تعينة بيانف الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السعنة المفرطة

Entity's stamp - جيد المؤسسة	Employee Signature	ع الموظف (4)	Date نوفر	التاريخ	
سلام النخبة		24117	(2.01 171 18	

- (1) Upon renewat of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any intended of 95000 insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد علد اطماقتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام صنعب العمل بالتوقيع بدلا عن العؤمن له



_	red according to your unified policy b	New	Ø	2475	- T		Туре		(1)	لموغ الطثب	-
Add	lition LI (2) dan	,,,,,,	1000000	and the		ntity Na	me : Al salan			اسم المنشأة :	
Pol	icyNo/CR:		ري:	رَثْبِقَةً/ السجل التَّجِ م الجوال:				MOUD HASSA	N SAYED ALY	أسم الموظف:	
M	obile No: 506910609		- 1	228067027	,	anipro y -				رقم الهوية	_
	ID Number				Marit الجنا	al Status	Married	منزوج 🗆	أعزب 🗹 Single	الطلة الاجتماعية:	4
Ge	Nat الچئس: nder: 1	tionality: 32	ı		ч	انعم		ب المربع تحت علية	ي من الحالات أدلاه يوضع اشارة أ- أ	ني الافصاح عن وجود أ	KA
	se declare any of below cases by mar	king √under t	he word		No	Yes	- 14.		تشقى خلال الحر 12 شهر ؟		1
yes	Any hosipital admission during last 12 π	nonths?			図						t
2	Any hosipital admission obtains solution with any of the diseases limited to: Autism, Benign Turbiseases, Chronic Hepatitis C, Gallstone Urinary tract stones, thyroid goiter, Cyshernias, autoimmune diseases or Multip		図	0	200	من سي، حصوات الم فهة، التكيميات، ورم ا	ن من الأمراض المزمنة الثالية فقط: ال لظّب، الالتهاب الكيدي الفيروسي المز ان المسالك اليولية، تقسلم الغدة الدرا ن المناعة الذاتية أو التصلب المتحد. و من الأمراض الورائية أو التشويدك	الشرطان، امراض لا القشل الكاوي، خصوا بالرحم، القلق، أمراط	2		
3	Have you been diagnosed with any of the disorder or hereditary diseases. Ilmited Sickle cell disorder, Thalassemia, hemodiseases, Hydrocephalus, spinal muscle malformations, Chromosomal abnormations, Chromosomal abnormatioses, G6PDDeficiency, systicfibrosis, Inc.		Ø	a	ئول 3. المواتض	وموفيلياء أمراض الله نات الأعشاء التفاسلية شاء رائ	طراب الخلايا المنجلية، التكسيميا، اله رأس، ضمور العضارات الشوكي، الد رض غوشر، مراض التكسر القولي، الا مراض ويلسون, تكيس الكليثين الخلا من من أمراض العن التالية فقط:	استن الماعي، اضم الغذائي، استسقام على والكروموسوماك, مر وهيموكروماتوسيس	1		
	Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal					1 1					
4	Have you been diagnosed with any of limited to: Cateract, Glaucoma, Corne diseases.	the following ey- eal diseases or F	NE GITTON		Ø	0			رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشو	میاه بیضاء، مهاد ژر	+
4	Have you been diagnosed with any of limited to: Cataract, Glaucoma, Corne diseases. Have you been diagnosed with any of diseases limited to: Vertebral disc pro-	the following ey- eal diseases or F the following bo	ne		<u> </u>	0		1 541 6	رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشر من أمراض العللم الثانية فقط: الإنزا ي، التهاب المفاصل أو تعرق الأربطة	,هیاه بیضاء، میاه تر ۱۵ تم تشخیصگ پأی اتحراف العمود الظر.	
	Have you been diagnosed with any of limited to: Cateract, Glaucoma, Cornidiseases. Have you been diagnosed with any of diseases limited to: Vertebral disc production of the control of the corner of	the following eyeseal diseases or I the following bo tolapse, Scollosis	ne		₩	-	,	1 541 6	رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الثم من أمراض العقلم التائية فقط: الإنزا ي، التهاب المفاصل أو تعرّق الأربطة مائيقة	، میاه بیضاء، مهاه ز ، هل ثم تشخیصك یأی	
5	Have you been diagnosed with any of limited to: Cataract, Glaucoma, Cornidiseases. Have you been diagnosed with any of diseases limited to: Vertebral disc produced with a limited to: Vertebral disc produced with the limited to Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy with previous Current multiple pregnancy expected delivery date	the following eyieal diseases or I the following bo rolapse, Scoliosis us CS delivery	one	(In case of a	₩	0		اقى الغضروفي الديسة	رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الثم من أمراض العقلم التائية فقط: الإنزا ي، التهاب المفاصل أو تعرّق الأربطة مائيقة	مهاه بيضاء، مهاه زر مهار تشخيصك يأي اتحراف العمود الققر <u>الأشى الحامل فقط :</u> حمل حالي جنون واحد حمل حالي مع غيرية حمل حالي ما عصرية خمل حالي ما تصد تاريخ الولادة المترقع بيانات الموظف والحرادة	
5	Have you been diagnosed with any of limited to: Cateract, Glaucoma, Cornidiseases. Have you been diagnosed with any of diseases limited to: Vertebral disc production of the control of the corner of	the following eyieal diseases or I the following bo rolapse, Scoliosis us CS delivery	one	(In case of a الوزن Weight	Ø	ا رفر لهور	الذراية Relation	اقى الغضروفي الديسة	رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الثم من أمراض الطلم التائية فقط: الإنزة ي، التهلب المفاصل أو تعزق الأربطة مسايقة أمسايقة العائمة المراد اضافتهم 3 اعلاد، الرجاء أشرالداقة في الجدول أ	مهاه بيضاء، مهاه ز. مهاه تشخيصك يأي اتحراف العمود الققر. كالتش الحليل فقط: حمل حالي جاهن و لحد حمل حالي مع قيمرية حمل حالي مع قيمرية حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع بيدات الموظف والخراد أفي حالة الإجابة بلعو أ	

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن الدينات و المعلومات المذكورة أعاده كاملةٍ و محجحة و بناه عليه فأن قبول الطاب سيتم على أساس هذه البيةات و أن الشركة أ (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستثنَّفيات اللِّي أتمال معها التزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج الهها لتقيم المخاطر
 - أواقق على أداية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كابا عند عدم الإفساح عن وجود أي من الحالات المنكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اهسافة مومن له خلال فخرة سريان العلد
 - أقر يأتي قد قرأت و فهمت جموع ما جاه في هذا التموذج كما أتعهد بأن عدم اشار تي امام أي من المحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجودها يستحق الأقصاح عنه وعليه اوقع
 - عدم تحينة بيقلت النظول و الوزن حوادي الى رفض تنطية تكاثيف عملية حراحة السعنة الدفرطة

توفيع الموظف (4)Employee Signature C.CI / V/1/2 Entity's stamp

(1) Upon sended 20 has policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عند تجديد الوشعة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العماح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر

- لا يحق للركة التأمين طلب نموذج الصاح طبي للمواليد الجند عند اسمائتهم على والبقة التأمين الصحي.
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تتبعن أكثر بتم تعالة نموذج جنيد
 - ا حدد نظامیة قیام صاحب العدل بالتوفیع بدلا عن المؤمن له



(3) If you need to add more dependents, an additional form should be

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

filled.

Dear Insured:

نموذج الاقصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

Please Fill out the form cor ensure that you and your f required according to your	amily receive health ca	of pricing re service	and to			غنمك	لىرتك على	صولك و افراد ا	لضمان ھ	ش السعير و دد د د د د د	ستيح لغر	: رذج بالشكل الم	، يتعينة هذا الثمو	عزيزي ال دلمل قيامك
Addition (إضافة (2	New	Ø	خوت	-	-	Туре		_	رقه الموحده	منافع الواد		محزة بالثكل ا	
PolicyNo/CR:			1 4 4470	الوثيقة/ السجل								(1)	9	لوع الطلب
Mobile No : 595878	514		, 0,000	الوبوعة السين رقم الجوال:	-	ntity Nan	2000	Al salam					: #	اسم المنث
ID Numbe	r		2384	566598		mployee	Name :	ABDULF	ADI AL	MAHOM I	1ED SA	IF		أمنع الموذ
Gender: 1	Nationality الجلس:	: 321			Marita	l Status		ied 🗆					- 2	رقم الهويأ
Please declare any of bolow				1	У	نم	Piarr	ried 🗆	منزوج	Single	100	أعزب	بتماعية:	المثلة الام
Please declare any of below (yes):	cases by marking \sqrt{u}	nder the v	vord		No	Yes		كلمة . تعم -	نمريع تحت	اشارة √ في ا	ناه پوشع	, من الحالات أد	اح عن وجود أي	حر الألصا
1 Any hosipital admission (furing last 12 months?					0			- 5					
Have you been diagnose	with any of the following		-	-	_		- 4/5-5		1	12 شهر	نبطى خلال الحر	م التنويم بالمستة	A do h	
diseases <u>limited to:</u> Aut Diseases, Chronic Hepati Urinary tract stones, thy Hemias, autoimmune dis	diseases <u>limited to:</u> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's							واث العرارة	ن منی، هشت	روسي العزمز بم الغدة الدرقي	لكيدي القر إلية ، تحسّدً	فلب، الالتهاب ا ات المسالك اليو	تم تشخیصت بای رطان، أمراض ا ل الكلوب، حصو بم، الفتى، أمراط	السر
3 Have you been diagnosed disorder or hereditary dis Sickle cell disorder, Thaia diseases, Hydrocephalus, malformations, Chromosodisease, G6PDDeficiency, 3	Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases fimited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc projanse. Scolinsis						اض	راض التعنيل ع التفاصلوة، أمرا ب	بموفيليا، ام لك الأعطما: أيف الكيمم	أو التشوهات ا المارسيمياء الهو الشوكي،تشوه سر القولي الأ	الوراثية ا امتجلية، ا العضلات ا رض التك	ي من الأمراض طراب الخلايا الرأس، ضعور ا براس، ضعور ا برض غوش، ،	يم، الفتق، امراه من تشخيصك بار الله الدماغي، اط داني، استسقاد ا عروموسومات، م يموكرومات، م	الله : الله الله الله الله الله الله الله الله
4 Have you been diagnosed <u>limited to:</u> Cataract, Gladiseases.	with any of the following ucoma, Corneal diseases of	ses		EZ (بية	لية فقط: أو أمراض الم	العين التا ل القرئية	ياي من أمراض د زرقاء، أمراض	نل ثم تشخیصگ و میاه پوشناء، میاه	a 4	
diseases <u>limited to</u> ; Vert	limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal							وفي النيسك	زلاق الغضر	زالية فقطر الإنز	ر العظام ال	ياق من أمراض	بل ثم تشخیصك ا تحراف العمود ال	
Current single pregnancy Current single pregnancy Current multiple pregnanc Expected delivery date	diseases <u>limited to</u> ; Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only; Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date											راحد سرية سابقة الأجشة	أثنق الحامل فقط مل حالي جنبن و عل حالي مع قيد عل حالي متعدد فريخ الولادة المة	
Yes answer above, please	ts details that need to declare the case in the tal	be added ble below)	(In case of	fa					ول أيناد)	نهم 3 نجانة في الجد	راد اشافا حاد ذک ا	افراد العائلة الد متحد أعلام الد	يالنات العوظف و في حالة الإجابة	
لدلة اسم مقدم لقدمة Provider Name case	رقع هجوال Mobile No.	تطول Height	الرزن Weight		رقم الهرية umber	Rela	الثراية tion	ئيس Gender			111	رظف /افراد العا pendent N	اسم المو	,
	595878514	0	0	23845	66598	EMPI	LOYEE	1	_			MOHAMMED		1
cceptance of my enrolment will ind that (Saudi Enaya) has the ri rith to collect any medical inform . I agree that (Saudi Enaya) has overage/claims in full in case of	ertakings; hereby undertake that all above information are correct and the phance of my enrolment will be on the basis of such information that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal to collect any medical information needed to assess the risk(s), agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the rage/claims in full in case of no declaration of any charge prior to						ات النثي انه عند عدم الإقد	نصال بالمستشفرا . التغطية كليا ع	حق في الاة . المطالعة او	نية الها ال اتقييم المخاطر / ف. فعد	ناية السعو نتاج اليها السندة	معلومات المذكر كة (شركة ع مات طنية قد ت دن كة عدد قد	همرار و التطويط أن البيانات و ال باتات و أن الشر وردها باي مخو تى على أحقية	1. آفر البيد التر
ne contractual date or before enr uring the contract. I hereby confirm reading and u	ontractual date or before enrolling or adding a new Insured g the contract. ereby confirm reading and understanding all points presented in orm and I agree that not marking any case is understanding						او اطباقه دو	و قبل التسجيل ا	يخ التعاقد او	نشأت قبل تار	يلاء اللكي ا	ات المذكورة أنا	في على الحالة ود أي من الحالا ة سريان العقد يالمي قد قرأت و	وجب اشر
lothing requires declaration" and	orm and I agree that not marking any case is understood as ling requires declaration" and I sign on these basis. Jure to fill the weight and height information will recult to softward							په اوقع	ي عده ر عد	شدق الأقصاء	جود ما يه	ېر بمئابة نفي و	نكورة أعلاه يعة	LLI
: Au	M 174						,	علبه جراحه	په تکانوب	ي راهن دهند	(l-)-	العلول و الوزن	دم تحِنَّة بيالك	e ,4
	للمقاو	e Signaturi		(4)	Z	البوظف مراكز	ترقع	Date	e C\		تعزيد	115		
) Upon renewal of the policy , th	e insurer shall not reques	t a declara	tion	/	_		street			- 22		e comment		
rm for any insured who has been) The insurer is not eligible to re	insured for 11 months					Ja(11)*	ن له مضى عليه	ع لأي سؤمز	تموذج اقصا	ركة طلب	فأته لا يحق للش	. تجريد الوشعة ا	·· (1)	

(3) في خال الحاجة الأضافة تابعين أكثر وتم تعبئة نموذج جابد

(4) عدم نطانية قيام صلحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



	نأمل قيامك بتعينة هذا التعوذج بالشكل الصحيح لغرض للتسع الرحاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحد وع الطلب	و لضمان حصولك	و افتراد اسرنك على	ندماث			vices as	ive health care ser	our family recei	se Fill out the form tre that you and you fred according to	nsu	
\dashv	(.,		Туре			خدود	, 0	Nev	إضافة (2) 🗖	dition	Add	
\dashv	اسم المنشاة :	775		Entity N	رقم ا	الوثيقة/ السجل التجار	: 0			licyNo/CR :	Pol	
	اسم الموقف:	BDULRAHMAN :	: Name : AB	Employe	,	رقم الجوال:			38156509			
_						2338651421			lumber	ID N		
70	Single = 400	متزوج 🏻		tal Statu		ضية	21	Nationality: 3	الجنس:	ender: 1	Ge	
K.4	ل الاطمساح عن وجود أي من الحالات أنذاه يوضع اشارة أب في	المريخ تحت كلمة .	نعم ـ	نم Yes	No		the word	marking √ under	below cases by	ase declare any of	Plea (ves	
1	هل تم التقويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟				☑		ny hosipital admission during last 12 months? lave you been diagnosed with any of the following chronic liseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart					
2	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض العزمة الثانية فقط التو ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي القرومي العزم الفشل الكاوي، حصوات المسلك البولية، تضخم العدد الترقي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتعدد.	، مني، خصوات المرا أم التكيمات، ورم لهة	1.7		Ø		Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy,					
3	هل تم تشخيص يأي من الأمراض الورائية أو التشوهات ال الشئل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجئية، الثلاسيميا، الهي الغذائي، استسقاء الرأس، ضعور العشات الشوعي، تشوها الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر المفولي, التش إلكروماتوسيس, مرض ويلسون, تتهس الكليتين المفلقي	وأيليا، أمراض التمث ك الأعضاء التناسلية ف الكيس	یل المراضی	В	Ø		Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases					
4	هل تم تشخيصك يأي من أمراض العين الثالمية قفط: بعياه بيضاء، مهاه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبة	ية		п	Ø		e diseases Retinal		lagnosed with an	Have you been d	4	
5	، هل تم تشخيصك ياي من أمراض المظلم النقية فقط: الإنزلا الحراف العمود القاري، التهاب المقاصل أن تعزق الأربطة	ل الغضروفي النيسك	99	0	N		one 5,	ny of the following bo sc prolapse, Scollosi	I to: Vertebral dis	diseases limited	5	
6	<u>الأنثى الدامل فقط:</u> حمل حالي جانين واحد حمل حالي مع قومرية سهولة حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	12		0			Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				6	
	بيانات الموظف والمراد المائلة المراد اضافتهم 3 (في هائة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ا	(01)				(In case of a	Employee and dependents details that need to be added (In case of Yes answer above, please declare the case in the table below)					
	اسم الموظف إاقراد العائلة	الهنس	ظربۂ Relation	رقم الهور mber	ių ID Nu	الوزن Weight	الطول Height	رقم الهوال	(لحالة	اسم مقتم الكنمة		
٠	Employees/Dependent Name	Gender	***********				D-4 (D-4) (2.10)					

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كالمام و مسعيمة و بناه عليه فأن قبول الطلب سيتم على لسنس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الإنصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
 - أوافق على لعقية (شركة عدية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللَّتي تشأتُ قبل تنزيخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انضافة سومن له خلال
 - أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أنعهد بأن عدم اشارائي اسام أي من العالات المذكورة اعلاه يعتبر بعثابة نغي وجود ما يستحق الأقصاح عله و علميه لوقع
 - عدم تعينة بوالنات العلول و الوزن سيؤدي الى رقض تفطية تكاليف عطية جراحة السمنة المفرطة

Employee Signature Entity's stamp 195976

توقع الموظف

C. C. N1 1/2

- (1) عند تجديد الرئسفة فلله لا يحق للشركة طلب نموذج الصماح الأي مؤمن له سنسى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج الصماح طبي للمواليد الجدد عند الصنافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر بتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صناحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



_	red according to	افتاقة (2) [افتاقة (2)	Nev	. 2	444	-		Туре		(1)	نوع الطلب	-
Add	lition	J (2) 4000;	inc.				Entity Na	ame : Al salar	m		اسم المتشاة :	
Pol	icyNo/CR:			; <i>ų</i>	لوثيقة/ السجل التجار قم الجوال:			Married at		DHAMED SALEM	أسم العوظف:	
M	lobile No : 50	2893376			2306831963	-	ump/				رقم الهوية	-
	ID N	umber	7		7.0	Marit (اد	tal Statu	s Married	منزوج 🗆	آغزب Single 🗹 ا	لطلة الاجتماعية:	11
Ge	nder; 1	الجنس:	Nationality: 3	4.1		T y	نعم		5 W 1	ود أي من الحالات أمناه يوضع نشارة ﴾ في	ى الاقصباح عن وج	يرجو
ea	se declare any of	below cases by	marking √ under	the word		No	Yes	- 40	- 42 45	J		-
es							п			لىستشقى خلال لقر 12 شهر ؟	هل تم النتويم بلا	1
	Any hosipital adm					100	-					T
7	Have you been di	agnosed with any	of the following chr	onic		21			حد, الأورام الحميدة	» يأي من الأمراض العزمنة الثالية فقط: التو ض القلب، الإلتهاب الكيدي الفيروسي العزمن	٠٥٠ مع تصحيصت ١٠المترطان، أمر اه	2
	diseases limited	to: Autism, Benig Henatitis C. Galls	n Tumor, Cancer, H tones, Kidney failu	re,			1 1	ارد.	، سي، حصوات عمر أ، التكيسات، وريران	عسوات العممالك الهولية. تضخم الغدة الد. قمة	الفشل الكثوري، ح	
	Urinary tract stor	es, thyroid goiter,	Cysts, fibroid uter	u5,			1 1		5055	راض العناعة الذائية أو التصلب العنعد.	بالرحم، القاتى، أه	
	Hernias, autoimn	iune diseases or N	lultiple scierosis.			+			0.000		n and the of the	1
	Have you been d	agnosed with any	of the following co ited to: Cerebral p	ngenitai alsv.		₽3			خَلَقْيَةُ التَّالِيةُ فَقَطَّ : وَقَطِينًا، أَمِدِ لِحَدِّ (الإد)	، بأي من الأمراض الورائية أو المتشوهات ال اضطراب الخلابا المتجلية، الذلاسيميا، الهيم	الشلل الصاغي،	1
켸	Sickle cell disord	er. Thalassemia, h	emophilla, metabo	ic				يى ، أمراض	4 الأعضاء التزاءاية	اء الرأس، طنمور العضلات الشوكى،تشو هاز	الخذائيء استسط	
	diseases Hydroc	ephalus, spinal mi	uscle atrophy, gentl	tall		1			ف الكيسى	ا، مرض خوشر, مرض التكسر الفولى, التليا يس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقى	,الكروهوسومان .هيموكروماتون	
	malformations, C	hromosomal abno	rmalities, aucher's sis,hemochromatos	is,					الوزائى	د در حرص ویسون, عیض معهون الحظی		
	Wilson disease,P	olycystic Kidney D	(sease.				-				A PROPERTY.	1
1	Have you been o	lagnosed with any	of the following e	e diseases		-	0		-	 بأي من أمراض العين التالية فقط: باء زرقاء، لمراض القرنية أو أمراض الشيئ 	هل تم تشخیصگ مداه دیشیای م	
	The second secon	ract, Glaucoma, C	Corneal diseases or	Retinai		Ø	1 "		4	وه زر ۱۶۵۰ مراض الغربونه او امراض الشهك		+
_	diseases.	liagnored with any	of the following b	one		Ø	0		ر القضروفي الدسك	وأي من أمراض العظام الذائية فقط: الإنزلاؤ	۱۹۰ کم کشفوصت	
5	diseases limites	to: Vertebral dis	c prolapse, Scoliosi	5,					- ***	الفقري، التهاب المفاصل أو تَعْزَق الأربطة	والحراف العمود	
	Arthritis or Ligar					-					فلأنشئ الحامل فقه	
6	Pregnant Fem	ales only:					0				عمل جائی جنین عمل جائی جنین	
0	Current single of	regnancy									همل هالي مع قيه	1
			vious C5 delivery					1			حمل حالي متحدد تاريخ الولادة العن	
	Current multiple Expected delive										NAME OF TAXABLE	_
			ails that need to	he added	(In case of a					قراد العائشة العراد اضطنهم g	بياتات الموظف وا افحادة الاداءة	
	Yes answer abo	ve, please declare	the case in the tal	ole below)					(6)	بُعَمُ أعلام، الرجاء نكر الحالة في الجدول ان	10 TO	
-	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	طوزن	1,	رقم الهور	القرابية	الهلس	للف القراد المعتلة		1
	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Nu	mber	Relation	Gender	Employees/Dependent		-
	Provider Name	Cusc	562893376	0	0	230683	1963	EMPLOYEE	1	NAGIB SALEM MOHAMED	SALEM	1
			362693376		- 57							1871
	5345									3	القرار و التقويض	71
U	ndertakings:	12040 040		ot and the				لالانتاء اللان	ناه عليه فأن قوار ا	رمات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و با	أن البياتات و العط	اقر ا
1	I hereby undertak	e that all above in relevent will be on	formation are corre the basis of such i	nformation			- 5	ے اللکی اتعامل معها ے اللکی اتعامل معها	الاتصال بالمستشفياء	اشركة عنابة السعونية اللها الحقاق	مت و ان اشرکه	مېپ
2	ad that (Caudi Enav	m) has the right to	contact the hospi	tal(s) I dea				eave a		· طبية قد تَحتَاج البها لتَفيم المخاطر	ويدها باي معلومان	للزو
18	oth to collect any II	edical information	needed to assess	the risk(s).				د عدم الأفسام عن	ة او التغطية كلما عن	ركة عدَّاية السعودية) في رفض المطالبا	ن على أحقية (ش	لوافق
2	, I agree that (Sau	ii Enaya) has the iii in case of no de	claration of any ca	ses prior to				النسافة مؤمن له خلال	. أو قبل التسجيل أو	المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التماد	د اي من الحالات ا	وجود
	ne contractual date	or before enrolling	g or adding a new 1	insured							حرون العد	هره.
t	uring the contract.	easting and under	standing all points	presented	in	- 1		ام أي من المالات	بان عدم اشارتي اما	ت جميع ما جاء في هذا اللموذح كما أتعهد	بأني قد قرأت و فيم	اقر با
ti	hic form and I agre	e that not marking	any case is under	stood as		- 1			لحيه لوقع	شَّابَةَ نَفَيَ وَجُودُ مَا يُسْتَحَقُّ الأَقْصَاحِ عَنْهُ وْ عَ	نورة اعلاه يعتبر به	العدكو
ti d	Nothino requires de	claration" and I s	ign on these basis.								r t.b. zad., St., t	
ti di di	. Failure to fill the	weight and height	information will re-	sult in refus	iai			نة المغرطة	عملية جزامة السد	، و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف	ىب يون تقور	100
ti d 3 t		onesity surgery.										
ti d 3	o cover the cost of	_										
ti d 3	o cover the cost of	مؤسة	ep. Disp.		1-10	(a)		توقيع الموطف	Date	e الشاريخ		
ti di 3	o cover the cost of	مزية . الأالنخ	Empl	oyée Signa	ture	(1)	-	توافح الموطف	Date	ه د ،در ۱۷)	٠, ٢	

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نعوذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اصافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال المناجة الأضافة كالمعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) خدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن إ.



qui	e that you and your red according to you	r unified police	y benefit.			\rightarrow				نوع الطلب (1)	
Add	ition 🗆	إضافة (2)	New	Ø	2,22		_	Туре		اسع المتشاة :	
				: 4.	فيقة/ السجل التجا	ا رقم الو	Entity Na	me: Al salan			-
_	icyNo/CR:	72454			الجوال:		Employee	Name: AL/	A YOUSSEF Z/	AKY AHMED	_
М	obile No : 5626				2300139413					1 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	
			Nationality: 32	1	ية:	Maril الجند	tal Status	Platfied	متزوج 🗆	Single - +7	_
_	nder: 1					A	ندم	- ثم ـ	المربع تحت كلمة	ن الأقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة ﴾ في	Kf
lea:	se declare any of be	low cases by r	marking √ under	the word		No	Yes				Т
yes):					Ø	0			هل تم التنويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	1
	Any hosipital admiss	ion during last t	12 months?				- 17			وهل تم تشخيصت بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط الت	
1	Have you been diagr	losed with any	of the following chr	onic eart		Ø			W 45	والمجرطان، امراض القلب، الالتهاب الكندي الله و مدر الدني	1
- 1	diseases limited to: Diseases, Chronic He	: Autism, Benigr enatitis C. Galls	tones, Kidney failur	e,			1 1	ار. في	ة، التكيسات، ورم لي	مسمى المعوى، حصوات العصالك الرواية، تضخم الغدة الد ة،	1
	Usinger tract stones	thyrold goiter,	Cysts, fibroid uteru	us,			1 1			بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعد.	+
	Hernias, autoimmun	e diseases or M	fultiple scierosis.			_	+-+		. tal 2 am 1 am	هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات ا	1
3	Have you been diag disorder or heredita	nosed with any	of the following col ited to: Cerebral p	alsy,		⊠	0	غرن ا	er to 1 1 1 1 h	المسلل الذماعيء الضطراب الخلايا المتحلية، الثلاميية اللامي	1
,	ciuldo call disorder	Thalassemia, h	emophilia, metabol	IC .		- 1	1 1	ا أمراض	the community of the	العالي، استعمام الراس، ضعور العضلات الشوك بانشو ها	1
	dispage Hydrocetti	hatus, spinal mu	uscle atrophy, genit	al			1 1		ىق الكوسى دام دا	التكروموسومات، مرض غوشر, مرض التكسر القولي، التا . فيموكروماتوميس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الطلق	1
	multipromations Chr.	omosomal abno	rmalities, auchers				1 1		ر الوزائن	٠٠ - ١٠ د ١٥٠ ، ٥٠ سوي سوي	
	disease,G6PDDefici Wilson disease,Poly	ency, systiciloro: rvstic Kldnev D	iséase.							V 50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	1
4	the same bean disc	nosed with any	of the following ey	e diseases						هل ثم تشخیصك باي من أمراض العين التائية فقط: مداه دون الدرورة أن أدر أو دورة أن التائية	
4	limited to: Catara	ct, Glaucoma, C	orneal diseases or	Retinal		Ø	0		4	. مهاه بيضاء، مهاه زُرقاء، لمراض القرنية أو أمراض الشهد	1
	diseases.						-		a an 1, 520 S	، هل ثم تشخيصك يأي من أمراض العالم التالية فقط: الإنزلام	1
5	Have you been dia	gnosed with any or Vertebral dis-	y of the following bo c prolapse, Scollosi	5,		60	п		ن استدرومي الدومند	الحراف العمود الفقرى، التهاب المقاصل أو تمرّق الأربطة	
ा	Arthritis or Ligame	nt tears.		561						للأنش الحامل فقط :	
							D			عدان عالى عالى عالى عالى عالى عالى عالى عالى	8
6	Pregnant Female	onancy				1		1		حمل حالي مع قوصرية سابقة	811
	Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery									حمل حالى متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
	Current multiple p	regnancy					_			عربي بودده الشوي	_
	Expected delivery									بياتات الموظف والخراد العائلة المراد اضافلتهم 3	ĺ.
	Employee and d	ependents det	tails that need to	be added	(In case of a				(0)	(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجّاء نكر الحالة في الجدول أن	-
	Yes answer above	, please declare	the case in the tal	Transactions.		,	رقم الهوية	القرابة	الجنس	اسع الموظف الغراد العائلة	1
	الوزن الطول رقم الجوال الحالة اسم مقدم الخدمة						umber	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	
	Meight Weight				ID N	intoer.	Americano	-	ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED	T	
_	Provider Name	case	Pioblie ivo.		0	230013		EMPLOYEE	1	ADM 10033E1 ZART FIRM	

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

- أفر أن الليانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة أ (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتسمال بالمستشفيات اللتي العامل معها لتنز ويدها بأي مطومات طبية قد تحتاج اليها لتنييم المخلطز
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعونية) في رفت المطالبة أو التقتلية كابا عند عدم الاقتساح عن وجود أي من المالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعالد أو قبل التسجيل أو اضافة مومن له خلال
 - أقر بأني قذ قرأت و فيمنت جمرع ما جاء في هذا النموذج كما أنعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستمنق الأقصماح عنه و عليه لوقع
 - عدم تجنة بيانات الطول و الوزن حودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة العفرطة

to cover the cost of obesity surgery التاريخ توقع الموظف Employee Signature c.c1 11/1/2 181 sile Entity's s (1) عند تجديد الوشفة فأنه لا يعنى الشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر

(1) Upon rent wat of the sound Street House shall not request a decignation form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا بحل لشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبهي للموالية الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأسافة تايمين أكثر يتم تعينة نعوذج جديد
 - 4) عدم تطامية قبام صاحب المثل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Pica		d your family re	or the purpose of eceive health care policy benefit.	-	-		ف	اد اسرنگ علی خدماد	مان حصولك و افر	الصحيح لغرض التسعير و لضم عب منافع الوثيقة الموحدة	<u>ي المؤمن له</u> : يانك يكمينة هذا النموذج بالشكل ية المسمية بالشكل المطارب حس	نأمل ق
Ad	idition	إضفة (2) 🗆		New	خت 🏻	, d		Туре			طاب (1)	نوع ال
Po	olicyNo/CR:				ر السجل التجاري :	رقم الوثيقة/	Entity	Name: Al	salam		: قلشلط	اسم ا
1	Mobile No :	576099718			:0/	رقم الجو	Emplo	yee Name :	MOHAMMED	RASEL SOHIDULLAH	لموظف:	-
	IC	Number			23054516	49					بوية	رقم الم
Ge	ander: 1	:04	الجن Nationality :	207		Mar الجنسية:	rital Sta	itus Marrie	ed 🗆 E.	Single ⊠ مترو	الاجتماعية: أعزب	الحالة
Plea (yes		of below cases	by marking √ unc	der the wo	ord	y No	نم Yes		ركحت كلمة - نعم -	أُدُنَاه يوضع اشارة ﴾ في المربع	صاح عن وجود أي من الحالات	يرجى الاف
1	Any hosipital ac	dmission during la	ast 12 months?			Ø	0			ر 12 شهر ۴	ي ثم التقويم بالمستشقى خلال اخر	A 1
2	diseases limite Diseases, Chron Urinary tract sto Hemias, autoim	d to: Autism, Be nic Hepatitis C, G ones, thyroid goit nmune diseases o	any of the following mign Tumor, Cancer fallstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid u or Multiple sclerosis.	r, Heart ailure, iterus,		Ø	0		، حصوات العرارة	ي العزمنة التالية فقطر التوحد, الا بالكيدي الفيروسي العزمن سي. ليولية، تضخم الخدة الدرقية، التك التية أو التصفي المتحد.	سرطان، أمراض القلب، الالتهاب	in 2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDe	editary diseases <u>I</u> der, Thalassemia ocephalus, spinal Chromosomal ab	any of the following limited to: Cerebra a, hemophilia, metal muscle atrophy, ge coormalities, aucher prosis,hemochromat by Disease.	al palsy, sbolic enital er's		Ø	0	راش	ا، أمزاض التمثول عضاء التلاسلية، أمر عيسى	ن الوراثية أو التشوهات الخلقية المنجلية، التلاسيميا، الهيموقيليا الحضائات الشوكي،تشوهات الأع مرض التكمر القولي، التليق الك مون، تكبين الكليكين الخلقي الورا	لشلل الدماغي، اضطراب الفلايا لغادي، استسقاء الرأس، ضمور الكروموسومات، مرض غوشر,	3
4			nny of the following , Corneal diseases o		is	Ø	0				هل تم تشخیصك باي من أمراض مياه پيضاء، مياه زرقاء، أمران	4
5		d to: Vertebral di	any of the following lisc prolapse, Scolio			Ø	П		فضروفي الديسك	ن العقام الثالية فقط: الإنزلاق الف المفاصل أو تمزى الأربطة	، هل ثم تشخيصك بأي من أمراض رائحراف الصود الفقري، الكهاب	
6	Pregnant Fem: Current single p Current single p Current multiple Expected deliver	pregnancy pregnancy with pr e pregnancy	revious CS delivery			0	3				الأثنى الحامل فقط : حمل حالى جنين واحد حمل حالى مع فيصرية سابقة حمل حالى مع فيصرية سابقة حمل حالى متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
			etails that need to be the case in the ta						. (براد اضافتهم 3 جاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	بهشات الموظف واقراد العائلة الم (في حالة الإجابة بشعم أعلاه، الر،	
	اسم مقدم الكنمة ovider Name	لدلة case	رقم ڻھوال Mobile No.	تطرل Height	الوزن Weight	LN ID Num	رقم اله nber	القرابة Relation	لينس Gender	The state of the s	اسم الموظف /افراد العا	,
			576099718	0	0	23054516	549	EMPLOYEE	1	MOHAMMED RAS	SEL SOHIDULLAH	1
Under 1. I h accept and to with the cover the	Yes answer abo اسم مقدم الخدمة ovider Name ertakings: hereby undertake ptance of my enter that (Saudi Enaya to collect any me agree that (Saudi rage/claims in full contractual date of	الطول	الوزن Weight 0	iD Num	nber 649 س هند	Relation EMPLOYEE مطلب سيتم على أساس ت اللتي أتدامل ممها د عدم الالعماح عن	البنس Gender 1 اه طبه قان قرل الد لاتصال بالمستشفرات	باء نكر العالة في الجدول ادناه) Employees/De MOHAMMED RAS	أَنِّي حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرا اسم الموظف القراد العاد pendent Name SEL SOHIDULLAH القرار و التغويض : الترات و التغويض : التات و أن الشركة (شركة عنا ويدها بأني محارمات طبية قد تحة عناية الد			
3. I h this f	form and I agree t	that not marking	standing all points p any case is unders gn on these basis.		3			لم أي من الحالات		جاء في هذا النموذج كما أتمهد بـ برد ما يستحق الأفصاح عنه و ع	باني قد قرات و فهمت جميع ما	اقر

توقع العوظف Employee Signature Entity SHOHIDULLAH

- (1) Upon the of garage and the insurer small not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

to cover the cost of obesity surgery.

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

هـ عدم تعينة بهانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تفطية تكاليف عطية جراحة السمنة المفرطة

- (2) لا يحق لشركة التأسين طلب نموذج الصماح طبي للمواليد الجدد عند اصاقتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة الأصافة تتيمين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عنم نظامية فيام صباحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



ear Insured: ease Fill out the form sure that you and y	our family receive	e health care ser	ing and to	<u>.</u>		خدمات	ه و افراد اسرتک علی.	و تضمان حصوگا	لغرض التسعير الوثيقة الموحدة	كل الصحيح حسب ملاقع	: موذج بالش المطلوب	نعبئة هذا الذ	عزيزي العق نامل قدامك بذ الرعابة العس	31
quired according to	your unified polic اضافة (2)	New New	, 0	جنيد	╁		Туре				(1)		نوع الطلب	653
Addition	B (1) GEG			الوثيقة/ السجل التجارع	, ,	Entity Na	me : Al sala	m				:	اسم العنشاة :	
PolicyNo/CR:			:4	مونيعه (الممهل النجار) رقم الجو ال:	_			MAD USMAN	AHMAD JAN	1			أسم الموظف:	1
Mobile No: 59	99033594			2349289385		Limpioyo			OTTO SECURE	3430			رقم الهوية	
ID N	lumber				h Maris	al Status	s Married	متزوج 🗆	Single	M 4	اعزا	ية:	لحالة الاجتماء	-
Gender: 1	الجنس:	Nationality: 20	,	.,,	Y	نم			10016665	V 244	6262.90	1000	1 -101	
lease declare any of	below cases by r	marking √ under	the word		No	Yes	نعمد	لمربع تحت كلمة .						F.
	ussion during last 1	12 months?			62				f.	ڈر 12 شہر	لهي څلال ا	يم بالمستث	هل تم النتو	1
Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	y hosipital admission during last 12 months? ve you been diagnosed with any of the following chronic seases <u>limited to</u> : Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart seases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, inary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, emias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. eve you been diagnosed with any of the following congenital sorder or hereditary diseases <u>Himited to</u> : Cerebral palsy, ckle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic seases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital alformations, Chromosomal abnormalities, aucher's sease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, ilison disease, Polycystic Kidney Disease. ave you been diagnosed with any of the following eye diseases mited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal						5.4	حد، الأورام الحميدة مسي، حصوات المر ، التكيمسات، ورم لها	فيرومس المزمن هُم اللَّدة الدرقية سلب المقادد	ب الثهدي الذ البوانية. تنف ذائتهة أو التن	لب، الالتها 2 المسالك ا بالمناعة ال	امراض القا ي، حصوات كي، أمراض	،السرطان، القشل الكثو يالرحم، القا	2
Have you been disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, C disease, G6PDDet	iagnosed with any ditary diseases <u>limi</u> er, Thalassemia, he ephalus, spinal mu chromosomal abno- ficiency, systicfibros	of the following cor ted to: Cerebral p emophilia, metabol scle atrophy, genit rmalities, aucher's sis,hemochromatos	alsy, ic al		8	o	ئيل د امراض	نلقية الثانية فقط : وفونيا، أمراض التما الأعضاء التثاملية ف الكوسى الوراثى	لثلاسيمياء الهرم	ا المنجلية، ا ر العضلات ا ر مرض التك	راپ الخلايا اس، ضعور ش غوشر,	باغي، اطبط ستسقاء الرأ مومات, مرد	الشلل النما الفذاني، ا الكروموس	77
Have you been d limited to: Cata diseases.	liagnosed with any aract, Glaucoma, Co	of the following ey orneal diseases or l	Retinal		Ø	а			ر آمراض الشبك	50,778,60	قاء، أمراه	اء، میاه زر	مياه پيش	-
Have you been of diseases <u>limited</u> Arthritis or Ugan	diagnosed with any 1 to: Vertebral disc ment tears.	of the following bo prolapse, Scollosis	one 5,		Ø	П	*	الغضروأي النيسة	نية فقط: الإنزلاو تعزق الأربطة	ر العظام الثلا المقاصل أو :	من أمراض ي، التهاب ا	عمود القطري	,الحراف ال	1
6 Pregnant Fem: Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with prev pregnancy	vious CS delivery			1	1 1 1					سابقة ت	جنين واحد مع فيصرية متحد الأجنا ة المتوقع	الأثثى الداء حمل حالي ه حمل حالي ه حمل حالي ه تاريخ الولاد	
Employee and	dependents deta	ails that need to t	be added le below)	(In case of a				(0)	3 بة في الجدول أبنا	إلا اضافتهم اء ذكر الحظ	العائلة المر علاه، الرج	نف والفراد ا جانبة يشعم أ	يپاڻاٽ الموظ (قن حالة الإ	_
400 4 6 5 77 T	ve, piease occiore	رقم الجوال	الطول	الوزن	پة	رقم الهو	القرابية	الهنس		Ä	الخراد الحالث	, الموظف (ا سر	ŧ
اسم مقتم الخدمة	A 50 E 50	Mobile No.	Height	Weight	ID Nur		Relation	Gender	Emplo	yees/D	epende	ent Nan	ne	
Provider Name	case	599033594	0		2349289	385	EMPLOYEE	1	AHM	IAD USM	AN AHN	1AD JAN		1
		599033594	0	0 1	T							ريش :	الاقرار و التغو	
Undertakings: 1. I hereby undertake acceptance of my eni and that (Saudi Enay with to collect any m 2. I agree that (Saudi coverage/claims in fit the contractual date during the contract.	rolment will be on to ra) has the right to edical information to Enaya) has the riull in case of no det or before enrolling	the basis of such in contact the hospit- needed to assess to ght to reject the claration of any cas or adding a new In	oformation al(s) I deal the risk(s). Ses prior to asured	62			الطقب سيتم على اسفن الت اللئن أتدامل معها ند عدم الافساح عن الضافة مؤمن له شكل	الاتصال بالمستثني ? او التقطية كليا ع : او قبل التسجيل أو	أ لها الحق في المشاطر إن رفض المطال قبل تاريخ التعاق	السعودية والبها لتقيم ردية) فو اللتي نشأت ا	بركة عناية بة قد تعتاج عناية السع ورة أعلاه	شركة لئ طومات طبير (شركة . الات المذكو	يشات و ان الذ رويدها باي مه بق علمي احقية ود أي من الح ة سريان العقد	الله الراه وحي فقر
	reading and unders	tanding all points p	presented i	in			نام أي من الحالات	بأن عدم اشارتي اه طوه اوقع	موذج كما أتعهد لأقصاح عفه و .	ء لحى هذا الك ما يستحق ال	نموع ما جا. نفي وجود	ا و الهمت چ شیر بیمثابة ا	بانی قد فرات گورهٔ أعلامیه	المد
3. I hereby confirm this form and I agree	e that not marking eclaration" and I sig	any case is unders in on these basis.		al			370.020	85. 75	shees like	sais no	العجيب		. تمنة برازات	and i
3. I hereby confirm this form and I agree	e that not marking eclaration" and I sig weight and height i	any case is unders in on these basis.		al			ئة المغرطة	عطية جراحة الس	ں تفطیۃ تکالیف				م تعبنة بيالك	4
I hereby confirm this form and I agree "Nothing requires de Failure to fill the v	e that not marking eclaration" and I sig weight and height i	any case is unders in on these basis. Information will res			at N	1	ئة المفرطة توقيع الموطف	Date		ناريخ	di .	الطول و ال		30

 Upor renewal of the policy, the insurer shall not request a declarate form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy,

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج العصاح طبي المواليد الجدد عند استقتهم على وثيقة التأمين الصبحى
 الداء بة

أي في حال الحاجة الأطباقة تايعين اكثر ينم تعبنة نموذج جنيد

عدم نظامية غيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن إه



lease	e that you and	m correctly for th your family receiv your unified poli	e nearth care ser	ing and to vices as			قدماك	ک و افراد اسرتك علي.	بير و أطبعان خصوا!! دة	: و بالشكل الصحيح لغرض التب لوب حسب مثافع الوثيقة الموح 	عرجه تصعبه باستان البط	,
0.00	lition	بضغة (2)	Nev	, E	7975			Туре		. (وع الطلب (1	\dashv
	Tier			2.00	يقة السجل التجار	ا رقم الوثي	Entity Na	me: Al salar	n		اسم المنشاة :	-
_	icyNo/CR:	F0.4220503		. 4	الجوال:		Employe	e Name: MO	HAMMAD FAIYA	DAMHA SA	سم الموظف:	_
М	Oblie No i	594729592			2306152139						قم الهوية	_
		Number	Nationality: 9	00	- 14	Marit الجنس	al Statu	s Married	منزوج 🗆	اعزب 🗹 Single	دلة الاجتماعية:	-
-	nder: 1	of below cases by		the word		Y No	نم Yes	. نعم .	، الدريع تحت كلية .	لحالات أنشاه يوضع اشارة ﴾ غر	، الاقصاح عن وجود أبي من ا	يرجو
(yes		2000				12	_			لال الحر 12 شهر ٢	هَلْ تُمَ الْتَنُويِمِ بِالْمُسْتَشْفَى £	1
1	Any hosipital ad	mission during last	12 months?			E1	-					T
2	Diseases, Chron	diagnosed with any d to: Autism, Benigi lic Hepatitis C, Galls ones, thyroid goiter, mune diseases or M	tones, Kidney failu Cysts, fibroid uter	re,		Ø	а	ارة في	ن سي، حصوات المر ية، التكيسات، ورم ليا	أمراض العزمنة التالية فقط: الله الالتهاب الكيدي الطيروسي العزم سلك البولية، تضخم الكنة الدرة عة الذائية أو التصلب المتعدر	والسرطان، امراض الطب، ا الفشل الكلوي، حصوات الم بالرحية الفتق، أمراض المثا	2
3	Have you been disorder or her Sickle celt disor diseases, Hydro malformations, disease.G6PDD	diagnosed with any editary diseases <u>lim</u> der, Thalassemia, h ocephalus, spinal mi Chromosomal abno ediciency, systicfibro Polycystic Kidney D	of the following co ited to: Cerebral p emophilla, metabo iscle atrophy, geni rmalities, aucher's sis,hemochromato	ialsy, lic tal		Ø	0	568	بعوفيليا، أمراض التما أن الأعضاء التناسلية ليف الكرب	أمراض الوراثية أو النشوهات ا الخلايا المنولية، الثلاميميا، الهو شمور الحضات الشوكي، تشوه وشر, مرض التكسر القولي، الت وفيلسون, تكيس الكليتين الفاق	الشلك النماغي، اضطراب ا الغذائي، استسقاء الرأس، و الكروموسومات، مريض غو	3
4	Have you been limited to: Ca diseases.	diagnosed with any taract, Glaucoma, C	of the following e orneal diseases or	Retinal	A TOTAL	Ø	0		8170	أمراض القرنية أو أمراض الشيا	20 HI	4
5	Have you been diseases <u>limit</u> Arthritis or Lig	diagnosed with any ed to: Vertebral dis- ament tears.	of the following b prolapse, Scolios	one is,		Ø			ى الفضروفي الديسك	راش العظام التائية قطط: الإنزلا واب المفاصل أو تعزق الأربطة	 «أن تم تشخيصك ياي من أم أنحراف العمود الفقري، التر 	
6	Pregnant Fer	males only: pregnancy pregnancy with pre	vious CS delivery				0				<u>الأنشن الدامل فقط:</u> حمل هاشي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سايقة حمل حالي متعدد الأجلة تاريخ الولادة المتوقع	
	Expected deli-	nd dependents det	ails that need to	be added	(In case of a				(544	المراد اشافتهم 3 الرجاء ذكر الحالة في الجدول أ	بهشات الموظف والحراد العاشة (في حالة الإجابة يتعم أعلاه،	
	اسم مقدم الخدمة	bove, please declare احداث	the case in the ta رقم الجوال Mobile No.	الطول الطول Height	الوزن Weight	پة ID Nu	رامُ الهرر mber	نڌرية Relation	الجشن Gender	لىكىد Employees/Dep	اسم العوظ <i>ف إاقراد</i> ا endent Name	
_ '	Provider Name	case	594729592	0	0	230615	2139	EMPLOYEE	i	MOHAMMAD FA	IYAZ AHMAD	1
1. ac ar w 2 c tt	cceptance of my ond that (Saudi En with to collect any . I agree that (Sa overage/claims in the contractual da	ake that all above in enrolment will be on laya) has the right to medical information audi Enaya) has the full in case of no de te or before enrollin t.	the basis of such to contact the hospineeded to assess right to reject the eclaration of any care or adding a new	ital(s) I dea the risk(s). uses prior to Insured			9,34	ت اللتي أتعامل معها د عدم الإقصاع عن اصناقة مومن له خلال	، الاتحمال بالمستشفرة بة أو الشغطية كليا عند قد أو قبل التسجيل أو	ورة أعلاه كاملة و مسجوحة و علية السعودية) لها الحق فم مئاج البها لتقيم المخاطر السعودية) في رفض المطال للاه اللتي نشأت قبل تاريخ التما اجاء في هذا المتعرذج كما أنعيد	. و ان انسريد م اشريد و المدينة الدين المستوجة على المستوجة على المستوجة على المستوجة المستوجة المستكورة الم	اقر أر البياز التزور أوافق وجود فترة م

توابع العوظف (4) Employee Signature VI C.CI (1) عند تجنيد الوثمقة قله لا بحق الشركة طلب نموذج الصناح لاي مزمن له مضي عليه (11) أشهر

(1) Upon renewal a 0.0 95 to 2 the insurer shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 11 months.

this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

to cover the cost of obesity surgery

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عدم تعينة بيشات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عماية جراحة السمنة المغرطة

- (2) لا يحق لشركة التأسين طلب نموذج افصاح طبي المواليد الجدد حد اضافتهم على وثبقة التأسين السحى
 - (3) عَي حال العلجة الأضافة تابعين أكثر بنم تعبنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Addition	to your unified p	oncy benefit.							441 884	
Addition.	إضافة (2)	Ne	ew E	جديد 1			Туре		ع ششب (1)	,
PolicyNo/CR:			:	نة السجل التجاري	رقم الوثية	Entity N			سم المنشأة :	_
Mobile No :	594652287			نهوال:	رقم ال	Employ	ee Name : S	HAHID RAZA		
11) Number			2374231617	7				ام الهورية	
Gender: 1	ېښ:	Nationality:	900	:	Maril الجنسية	tal Stati	us Married	منزوج 🏻	دلة الاجتماعية: أعزب Single 🗹	-
lcasc declare any yes) :	of below cases b	y marking √ unde	r the wor	i	No	نم Yes	هم -	مريع تحت كلمة ۔ تـ	ل الاقتصاح عن وجود أي من الحالات أنناه بوضع اشارةً ﴾ في ال	برجی
	dmission during las	t 12 months?			超				هل ثم التثويم بالمستشطى خلال الحر 12 شهر ٢	1
diseases limite	d to: Autism, Beni	y of the following cl gn Tumor, Cancer,	Heart		Ø	-		سي، حصوات المرار	، هل تم تشخيصك يأي من الأمراض العزمنة الثالية فحط: التوح -المعرطان، أمراض القلب، الالتنهاب الكيدي الفيرومس العزمن	2
Urinary tract st	nic Hepatitis C, Gal cones, thyroid goite nmune diseases or	Istones, Kidney faili r, Cysts, fibroid ute Multiple sclerosis.	ure, rus,					القنكيممات، ورم ليلم	اللَّمْثُلُ الكَاوِي، خصوات المسلك اليولية، تَشَخَمُ اللَّهُ الرَّفِيَّةِ، يَاثَرُحَمِ، الطَّلَقِ، أمراض المناعة النَّالِيّة أو النَّصَلِ المتعدر.	
Have you been	diagnosed with an	y of the following o			N	п		نفية الثالية فقط:	هل ثم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخ	3
disorder or ner		mited to: Cerebral hemophilia, metab					ن أمدات.	غيليا، أمراض التمثيا الأعضاء التناساء في	الشَّلُ النماغي، اضطَراب الخَلايا المنجِيَّة، التُلاسوميا، الهيمو الطَّاتي، استحقاء الرأس، ضعور العضلات الشُّوكي، تشوهات	
		nuscle atrophy, gen						- الكومنى	والكروموسومات مرض غوشن مرض التكسر القولي التلية	1
		ormalities, aucher's osis,hemochromato						الوزاش	.هيموكرومالوسيس، مرش ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي	
Wilson disease	Polycystic Kidney	Disease,								+
Have you been limited to: Co diseases.	n diagnosed with an staract, Glaucoma,	y of the following e Corneal diseases or	ye disease: Retinal			0		4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين الثانية فقط: مهاه بيضاء، مياد زرفاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكي	4
Have you been diseases <u>limit</u> Arthritis or Lig	ed to: Vertebral di	y of the following t sc prolapse, Scollos	is,		2	0		الغضروفى النيسك	، هل ثم تشخيصك بأي من أمراض العظام التثلية فقط: الإنزلاق الحراف العمود اللقري، التهاب العقاصل أو تعزق الأربطة	
6 Pregnant Fer Current single Current single Current multip Expected delin	pregnancy pregnancy with proble pregnancy	evious CS delivéry			0	3			للأنشى الحامل فقط : خمل حالى جنين و احد خمل حالى مع قيصر ية سابقة حمل حالى متحد الأجنة تاريخ الولادة المترفع	-
Employee an	d dependents de	tails that need to	be added	(In case of a				(6)	بينةات الموظف وافراد العائلة المراد الشافتهم 3 [في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر العائة في الجدول أن	
W S OF W		MINES CARRO	- Direct	طوذن	1	رقم اله	القراية	الجئس	اسم الموظف لإفراد العائلة	
اسم مقتم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول خطعة	Weight	ID Num	353.55	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	
	case	Mobile No.	Height	weight	AD HUII	iner	rectation	000000		
Provider Name			_		20000000				CHANGE DATA CHANKAT ALT	
		594652287	0	0	2374231	617	EMPLOYEE	1	SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	1
Provider Name				0	2374231				الاقرار و التقويض :	
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my each and that (Saudi Ena	nrolment will be on aya) has the right to	formation are corre the basis of such it o contact the hospit	ect and the information ial(s) I deal	0	2374231		1 l la sa alla	I Tai da alo ali		! ! ! ! ! ! !
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my e	nrolment will be on aya) has the right to medical information udi Enaya) has the full in case of no de	formation are corre the basis of such in a contact the hospit needed to assess tright to reject the eclaration of any case	ect and the information (al(s) I deal the risk(s).	0	2374231	هذه	لطلب سيتم على أساس 2 اللتي أتعامل معها 2 عدم الاقسمام عن	بناء طبه فأن قبول ا الاتصال بالمستشفوة لا التقطية كلنا عند	الاقرار و التقويض : أن البيانات و المحلومات المذكورة أعلاه كاملة و صنعيمة و ا بيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في	 الم الم الم الم الم الم الم
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my e and that (Saudi Ena with to collect any to 2. I agree that (Saucoverage/claims in the contractual date during the contract 3. I hereby confirm this form and I agree	nrolment will be on aya) has the right to medical information di Enaya) has the full in case of no de e or before enrolling reading and under ee that not marking	formation are corre the basis of such in a contact the hospit needed to assess the right to reject the eclaration of any cast g or adding a new 1 standing all points g any case is under	ect and the information (al(s) I deal the risk(s). ses prior to insured		2374231	هذه	لطلب سيتم على أساس ك اللتي أتعامل معها د عدم الإقصاح عن اضعاقة مؤمن له خلال	بناء طوه فأن قبول ا الاتصمال بالمستشاولة ق أو التقطية كليا عنا لا أو قبل التسجيل أو	الاقرار و التقويض : أن المبالك و المحلومات العذكورة أعلاه كالملة و صحيحة و ا يقات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في زويدها باي معلومات طبية قد تحتاج البها للتقييم المخالطر اق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالب ود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشك قبل تاريخ المنعة	
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my e and that (Saudi Enawith to collect any recoverage/claims in the contractual date during the contractual. 3. I hereby confirm	nrolment will be on aya) has the right to medical information di Enaya) has the full in case of no de e or before enrolling reading and under the that not marking lectaration, and 1 si weight and height	formation are corre the basis of such in contact the hospit needed to assess it right to reject the colaration of any cas g or adding a new 1 standing all points any case is under gon on these basis.	ect and the information cal(s) I deal the risk(s). ses prior to insured presented is stood as		2374231	هذه	لطلب سيتم على أساس ك اللتي أتدامل ممها د عدم الاقسماح عن امضافة مؤمن له خلال ام أي من الحالات	بناء طربه فأن قبول ا الاتحسال بالمستشفية لا أو قبل الشجيل أو بان عدم اشترائي اما	الاقرار و التقويض : أن البيانات و السطومات الدنكورة أعلاه كاملة و سمويمة و بيانات و أن الشركة (شركة عناية السمودية) لها الحق في زويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها التقييم المخاطر ود أي على الحقية (شركة عناية السمودية) في رفض المطالب ود أي من الحالات العنكورة أعلاه اللتي تشك قبل تاريخ اللماة قسريان الحفد باش فدرات و فهمت جميع ما جاه في هذا اللسوذج كما لتمهة	ا اقراد الراد الر
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my e and that (Saudi Enawith to collect any it 2. I agree that (Sauci coverage/claims in the contractual date during the contract 3. I hereby confirm this form and I agr "Nothing requires of 4. Failure to fill the to cover the cost of	proliment will be on oya) has the right to medical information adi Enaya) has the full in case of no de e or before enrolling reading and under ee that not marking lectaration" and Lsi weight and height obesity surgery.	formation are corre the basis of such in contact the hospit needed to assess right to reject the relaration of any car g or adding a new 1 standing all points g any case is under- gon on these basis, information will res	ect and the information cal(s) I deal the risk(s). ses prior to insured presented i stood as	n.		هذه	لطلب سيتر على أساس ت اللتي أتعامل معها د عدم الاقسماح عن اضافة مؤمن له خلال لم أي من الحالات لمة المفرطة	بناه طليه فأن قبول ا الاتصال بالمستشفية له أو قبل التسجيل أو بأن عدم الشرائي ام عليه اوقع عصارة جراحة السد	الاقرار و التقويض: أن البيالات و السطرمات الدنكورة أعلاه كاملة و سنحيحة و البيانات و السطرمات الدنكورة أعلاه كاملة و سنحيحة و البيانات و إن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الوضل المطالع على الحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالع ود أي من الحلات المذكورة أعلاه اللتي تشأت قبل تاريخ المعالة عربيان الحقد المحتودة عربيان الحقد على هذا اللهوذج كما التعهد لكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و متعنة بيانات الطول و الوزن مدودي الى رفض تغطية تكارة	ا اقراد الراد الر
Undertakings: 1. I hereby underta acceptance of my e and that (Saudi Ena with to collect any i 2. I agree that (Sau coverage/claims in the contractual date during the contract 3. I hereby confirm the form and I agr "Nothing requires of 4. Failure to fill the to cover the cost of	proliment will be on oya) has the right to medical information adi Enaya) has the full in case of no de e or before enrolling reading and under ee that not marking lectaration" and Lsi weight and height obesity surgery.	formation are corre the basis of such is contact the hospit needed to assess i right to reject the colaration of any ca- g or adding a new I standing all points g any case is under on on these basis, information will res	ect and the information cal(s) I deal the risk(s). ses prior to insured presented is stood as	n.	(4)	هذه	لطلب سيتم على أساس ك اللتي أتدامل ممها د عدم الاقسماح عن امضافة مؤمن له خلال ام أي من الحالات	بناء طربه فأن قبول ا الاتحسال بالمستشفية لا أو قبل الشجيل أو بان عدم اشترائي اما	الأقرار و التقويض : أن البيالات و المحلومات المذكورة أعلاه كاملة و سمعيمة و بيانات و المحلومات المذكورة أعلاه كاملة و سمعيمة و بيانات المركة (شركة عالية السمودية) في رفض المطالم ود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشكّ قبل تلويخ اللمة مريان المحلة مريان المحلة بائي هد فرات و فيمت جميع ما جاه في هذا اللموذج كما لتمهد لكورة أعلاه يعتبر بمثابة فتي وجود ما يستمق الأهماح عنه و م تعينة بيانات المطول و الوزن مدودي الى وفض تغطية تكافرة	الرام

- Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الرضعة فاته لا یحق تلشر که طلب نموذج اقصاح لأي مزمن له مضى علیه (11) لشهر
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نمودج الصماح طبي الدواليد الجدد عند الصافقهم على وثبقة التأمين الصمحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعبدة بموذج جديد
 - (4) حدم نظامية قيام سنحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



ease	nsured: Fill out the form that you and you ed according to y	ur family receiv	e purpose of pricing the health care service benefit.	ices as			فتماث	ك و افراد اسرنك على .	ر و اطمان حصو ة	بالشكل الصحيح لغرض التسعير رب حسب مذافع الواثيقة الموحدة	Mar. (2014)	\dashv
quir			New	2	جديد			Туре			وع الفتت (1)	-
Addi	ition L	إضافة (2)	iten				Entity Na	me: Al salan	1		اسم المنشأة :	
Poli	cyNo/CR:	1-1-1		: 60	رثيقة السجل التجا	60.000				AHAMAD ALAM	أسم الموظف	_
M	obile No : 57	2753115			م الجوال: TERREDIO	44	Employe	e manie i			قم الهوية	
	ID No	ımber			2385452830	to 8 Mari	tal Statu	s Married	منزوج 🗆	عزب Single 🗵 عزب	حالة الاجتماعية:	li .
	nder: 1	at the second	Nationality: 20 marking √ under t		,49	y No	نعم Yes		المربح ثمث كثمة	بالات أدناه يوضع اشارة آ. في ا	ن الاقتصاح عن وجود أي من الد	ec.en
yes)	:		Control Control			☑	0			ل الحر 12 شهر ۴	هل تم الناويم بالمستشفى خلا	1
2	Diseases limited to Diseases, Chronic	gnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Galls es, thyroid golter,	of the following chro n Tumor, Cancer, He tones, Kidney failun , Cysts, fibroid uteru	c,		2	D		herters	راض العزمنة التالية فقط: التي تهاب الكيدي الفيروسي العزمن نك المولمية، تضمع العدة الدرقية ة الذاتية أو التصلب المتعد.	السرطان، امراض الظب، الا	2
3	Harnias, autoimm Have you been di disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroca	une diseases or N agnosed with any itary diseases <u>lim</u> er, Thalassemia, h ephalus, spinal m hromosomal abno	of the following con ited to: Cerebral pa memophilia, metaboli uscle atrophy, genita primalities, aucher's posis, hemochromatosi	genital sisy, c		Ø	0	**	وفحيلها، أمراض الشه * الأعضاء الشاميلية * الك	راض الورائية أو التئو هات الط لايا العنجلية، الثلاميعية، الهيمو مور المصلات الشوكي، تئو هات مر، مرض التكمر المغولي، التلية يلمون, تكيس الكليتين المختلق	انتشان التماعي، الشطراب الـ5 الغذائي، استسقاء الرأس، شر الكروموسومات, مريض غوث	
4	Wilson disease,Po	olycystic Kidney D	Disease. y of the following ey Corneal diseases or l	e diseases		Ø	0		1	اض العين الذائية فقط: راض القرنية أو أمراض الشبكيا	هل تم تشخيصك باي من أمر معياه بيضاء، مياد زرقاء، أمر	
5	diseases.	liagnosed with an	y of the following bo c prolapse, Scollosis	ne		N	0) (الغشروقي النيسة	ض العظام الذائية فقط: الإنزلاق بـ العقاصل أو تعزق الأربطة	، هل تم تشخيصت ياي من أمر؛ ,أحراف العمود الفقري، التها،	
6	Pregnant Fems Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery				о о				حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع فيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
	Falovan and	denendents de	tails that need to	be added	(In case of a				(*	مراد الضافتهم 3 جاء ذكر الحالة في الجدول أدنا،	يبيانات الموظف وافراد العائلة ال (في حالة الإجابة ينعم أعلاد، الر	-
_	Yes answer abo اسم مقدم الطدمة	ve, please declar الحالة	e the case in the tab رقع الهوال	(de below) الطول	الوزن		رقم الهوية	القرابة Relation	الجنس Gender	ننة Employees/De	اسم العوظف <i>القراد</i> العا pendent Name	
_ '	Provider Name	case	Mobile No. 572753115	Height 0	Weight	23854	umber 52830	EMPLOYEE	1	The State of the State of Stat	1 AHAMAD ALAM	
and	coeptance of my en nd that (Saudi Enay with to collect any m that (Saudi Enay that (Saudi Enay overage/claims in fi the contractual date during the contract. the contract. the in the contract. the contract. the contract. the contract. the contract. the contract. the contract. the contract. the contract.	rolment will be or ya) has the right i nedical informatio di Enaya) has the uil in case of no do or before enrolling reading and under that not marking eduration* and I weight and heigh	information are corre in the basis of such in to contact the hospit in needed to assess	cal(s) I dea the risk(s). ses prior to insured presented stood as	in		õ	ك اللتي أتماثل معها عدم الافساح عن أضافة مؤمن له خلال م أي من الحالات	(تتصال بالمستشفوا او التغطية كليا عاد او قبل التسجيل أو ان عدم اشاراتي اما يه اوقع	 السعودية المقال في الا إلح البها لتقويم المقالل العملانية المعاللية التقويم المقالل التقويم المقاللية التقويم التقويم التقويم المقاللية التقويم المقاللية التقويم المقاللية المقالم المقاللية المقاللية المقالم المقالم	أرار و التلويض : المناف و المعلومات المذكور المناف و أن الشركة (شركة عنه المناف المناف المنبية قد تحتا على أحقية (شركة عناية السالم المنافروة أعلام المناف المنافرة أعلام المناف المنافرة والمنافرة المنافرة ال	اقر لر البياء التزوز جود نرة س نرة ساد مذكور
L	to cover the cost of	obesity surgery	200	oyee Signa		(4) I D	10	ئوقىع الموظف ك	Da	کاریخ te د	32	

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشفة فاله لا يحق الشركة طلب نموذج الإصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) لشهر
-) لا يحق الشركة النَّذُون طلب تموذج الصباح طبي للمواقيد الجدد عند الضافقهم على وثيقة التأمين المسحى الساد بة
 -) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر بلم تعبنة نموذج جنبود
 - عدم تظامية قيام مساحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Pleas	Insured: se Fill out the form re that you and your ired according to	our family recei	ve health care se	cing and to	2		دمات	و افراد اسرتك على ذ	و لضمان حصوك	يزي العؤمن له : . قبات يتعبثة هذا النموذج بالشكل الصحيح تغرض التسعير عابة الصحية بالشكل المطلوب حسب متافع الوثيقة الموحدة	تأما الر
THE STATE OF	Market Control of the	إضافة (2) 🗆	Ner	w Ø	جدود			Туре		يسب (1)	نور
Po	licyNo/CR :			- 4	وُقةً/ السجل التجارع	رقم الو	Entity N			ر المنشأة : رائم قلف:	
		30865964			الجوال:	رام	Employe	e Name: M	UHAMMAD AR	ر صورهات: SHAD AHMAD	(SELI)
	ID N	lumber			2376673329					2000	4.70
Ge	ender: 1	الهنس:	Nationality: 3	105	ية:		tal Statu	200 2007/2017/2017		Siligie - 47	
Plea (yes	se declare any of	below cases by	marking√under	the word		No.	تعم Yes	نعم -	سريح تحت كثمة ۔	الأفصاح عن وجود أي من المعالات أنداه بوضع اشارة أبا في ال	
1	Any hosipital adm	ission during last	12 months?			M				هل تم التنويم بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟	1
2	Have you been did diseases limited Diseases, Chronic	agnosed with any to: Autism, Benion Hepatitis C, Gall Hes, thyrold goiter	of the following ch gn Tumor, Cancer, I stones, Kidney failu r, Cysts, fibroid uter	Heart Ire,		Ø	٥	5.j	سي حصوات المرا	هل تم تشخيصك باي من الأمراض العزمة التالية فقط: التوم السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكيدي الأفرومي العزمن فضل الكلوي، حصوات المسئلك البولية، تضغم الذة الدرقية، الرحم، الفتى، أمراض المناعة الثانية أو التصلب المتحد.	
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroc malformations, C	itary diseases <u>lin</u> er, Thalassemia, ephalus, spinal m hromosomal abn riciency,systicfibr	y of the following conited to: Cerebral phemophilia, metaboluscle atrophy, geniormalities, aucher's osis, hemochromato Disease.	palsy, olic ital		Ø	0	ل آمراش	رفولوا، أمراض التمثر الأعضاء التناسلية. بالكيمين	هل ثم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو التشوهات الما الشائل العماغي، اضطراب الخلايا المنجئية، الثلاسيميا، الهيمو الغذائي، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات والتروموسومات, مرض غوشر, مرض التكمير القولي، التلية وهيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيمن الكليتين الخلقي	3
4	Have you been d	iagnosed with an	y of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		22	0		4	هن تم تشخيصك ياي من أمراض العين التلفية <u>فقط:</u> مهاد بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكي	4
5	Have you been d	to: Vertebral dis	y of the following b sc prolapse, Scoliosi	one is,		Ø	0		، الفطروفي النيسك	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام الثنائية فقط: الإنزلاق الحراف العمود الغائري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	. 5
6	Pregnant Fema Current single p Current single p Current multiple	nles only; regnancy regnancy with pro pregnancy				0			ا <i>تُشَّى الحامل فقط :</i> مثل خالي جَنَّون و اهد مثل خالي مع فيصرية سايفة من خالي متحد الأجِنَّة زيخ الولادة المتوقع		
	Employee and	dependents de	tails that need to	be added	(In case of a				(al.	المات الموظف وافراد العائلة العراد انشافتهم 3 بي حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نكر الحالة في الجدول النـ	i)
	اسم مقدم الكدمة	المثلة	the case in the tal رقم اليونال Mobile No.	الطول الطول Height	الوزن Weight	ID Nu	رقم الهور mber	فقرية Relation	الجئس Gender	اسم الموظف إطراد العائلة Employees/Dependent Name	*
	Provider Name	case	530865964	0	0	237667	2220	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	1

Undertakings:

- 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as
- "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

to cover the cost of obesity surgery.

- أكار أن الدينانات و المعلومات المنكورة أعلاه كاملة و مسجوحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أسلس عذه الدينانات و أن الشركة (شركة عنائية السعودية) لها المحق في الانصدال بالمستشقيات اللئي أتعامل معها للزويدها يأي مخرمات طبية قد تعتاج اليها للقيم المغلطر
 - أو التي على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التنظية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ الثماقة أو قبل النسجيل أو اطماقة مومن له خلال فكرة سريان العقد
 - أقر بأني قد قرأت و فيمت جمهع ما جاء في هذا اللموذج كما أشعهد بأن عدم اشارتي لدام أي من العالات المذكورة أعلاه يعتبر بعثابة نقى وجود ما يستحق الأقصاح خده و عليه لوقع
 - عدم تعبئة بيشات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تقطية تكاليف عماية جراحة السعنة المغرطة

The same of the same				
Entity's stapp (21)	Employee Signature (4)	توقيع السوطف	Date	التاريخ
للمقاولاتالعامة	AR SHAD		$C \cdot C I$	11115

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- قة فأنه لا يحق للشركة طالب نعوذج الصناح لأي مؤمن له معنسي عليه (11) أشهر
- 2) لا يحق لشركة التأمين طلب نعوذج اقصاح طنبي للمواليد الجدد عند المسائلهم على وتتيقة التأمين الصمحي
 - (3) أبي حال الحاجة الأضافة تابعين أكثار بثم تعينة نموذج جديد
 - 4) خدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



الم الويابات السيان التجاول التجاه ا	Add	dition	إضافة (2) 🗆	Ne	w B	4574			Туре			(1)	ع الطلب	,
## Employee Name : ADEL QASEM ABOO NATI الم المواول الم المواول الم المواول الم	no.	llouble /CR :			:,	فة/ السجل التجاري	رقم الوثي	Entity N					SEC. 11	_
To Number 2388651157 (207 : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	-		33893473	222		لجوال:	رقم ۱	Employe	e Name: Al	DEL QASEM A	BDO NAJI	11-22-2-2-2	03-390	_
ease declare any of below cases by marking \ under the word eet \ 1 Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hardward picesses, polyyetoc kidney Disease. Anew you been diagnosed with any of the following eye diseases ilmited to; Cataract, Claucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Any hosipital admission during last 12 months? Any hosipital admission during last 12 mont	-	SEEMEN SE	Number			2338651157	7						500,000	
ease declare any of below cases by marking \(\) under the word No \\ Yes Any hosipital admission during last 12 months? Any hosipital admission during last 12 months? Any hosipital admission during last 12 months? By Call of the following chronic diseases if the following congenital disorder or heedlary diseases if imited to go (Cerbra palaly, Sicide cell disorder, Thalassemila, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle attrophy, genital molformations, Chromosomal abnormalities, aucher's diseases, Flydrocephalus, spinal muscle attrophy, genital molformations, Chromosomal abnormalities, aucher's diseases, Flydrocephalus, spinal muscle attrophy, genital muscle attrophy, genital molformations, Chromosomal abnormalities, aucher's diseases, Flydrocephalus, spinal muscle attrophy, genital mu	Ge	nder: 1	الجاس:	Nationality: 2	207	:	Mari الجنسيا	tal Statu	s Married	متزوج 🗆	Single 2	اغزب	لله الاجتماعية:	20
Any hosipital admission during last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic discases: Ilimited tox, Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart (Diseases, Chronic Hepatitis, C. Galistones, Kidney failure, Urinary Vact stones, Unyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Henrias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited tox (according to the following congenital disorder or hereditary diseases limited tox (according to the following congenital disorder or hereditary diseases limited tox (cordinate) and the following congenital disorder or hereditary diseases limited tox (cordinate) and the following congenital disorder or hereditary diseases, Phydrocephalus, spinal muscle atrophy, gental malformations, Chromosomal abnormalities, author's diseases, Phydrocephalus, spinal muscle atrophy, gental malformations, Chromosomal abnormalities, author's disease, GeopOediciency, systificiprosis, hemonthromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases Imited tox (according to the following bone diseases Imited tox (vertebral diseases, Polycystic Kidney Disease). Itake you been diagnosed with any of the following bone diseases Imited tox (vertebral diseases, polycystic Kidney Disease). Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current single pregnancy with previous	ea	se declare any of	below cases by	/ marking √ unde	r the word		1.00	1000	نعم ـ	لمربع ثمت كلمة	وضع اشارة ﴾ في ا	من الحالات أيثاء إ	الافصاح عن وچود أي	چى T
Have you been diagnosed with any of the following chronic discoses limited tay; Autism, Beniap Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Galistones, Kidney fallure, Urinary troct stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to; Certaral palay, Sicide cell disorder, Thalassemia, hemophilis, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, gentral malformations, Chromosomal abnormalities, author's diseases, GSPDeficiency, systicfibrosis, hemophilis, metabolic diseases, Polycystox Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to; Cartaract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to; Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to; Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases. Pregnant Females, Only: Current single pregnancy Dispected delivery date Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) Employee and dependents declare the case in the table below) Benian Theory is the control of the control	Ť		alssion during last	t 12 months?			Ø			1-0,0	شهر ا	غى خلال اخر 12	هل ثم التثويم يالمستث	1
disorder or hereditary diseases Ilmited to; Cerebral palsy, Sicide cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal music attrophy, genital mailformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicifibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diseased with any of the following eye diseases Ilmited to; Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Ilmited to; Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Ilmited to; Cataract, Glaucoma, which, which will be a continued by the modern diseases or Retinal diseases Ilmited to; Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females, only: Pregnant Females, only: Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Current blook of the case in the table below Provider Name Case Mobile No. Height Weight ID Number Relation Gender Employees/Dependent Name April 2008 Apr		Have you been di diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract stor	iagnosed with any to: Autism, Beni c Hepatitis C, Gall nes, thyroid goite	of the following ch gn Tumor, Cancer, I Istones, Kidney fallo r, Cysts, fibroid uter	Heart Ire,		M	0	i) V	سررة حصوات العرا	ي الفيروسي العزمن تنضطم الخدة الدرقية	ئب، الالتهاب الكيد: ت العصالك البولية.	،السرطان، أمراض الذ القشل الكلوي، حصوانا	
Have you been diagnosed with any of the following eye diseases Imited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	The second secon	disorder or hered Sickle cell disord diseases, Hydrod malformations, G disease, G6PDDe	ditary diseases <u>llr</u> er, Thalassemia, cephalus, spinal m Chromosomal abn ficiency,systicfibr	nited to: Cerebral (hemophilla, metabo nuscle atrophy, geni ormalities, aucher's osis,hemochromato	palsy, ilic ital		2	0	بل أمراض	رفوليا، أمراض التمثر الأعضاء التناسلية. - الكيس	ة. الثلاميوميا، الهيمو نت الشوكي،تشوهات التكمر القوشي الثانية	راب الخلايا المنجلو أس، ضمور العضلا ش غوشر, مرض	الشلل التماغي، انضط الغذائي، استسفاء الر بالكروموسومات، مر،	
diseases <u>limited to:</u> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) The provider Name Provider Name Case Mobile No. Height Meight Discreption Case Mobile No. Height Case Case Case Case Case Case Case Case		Have you been o	diagnosed with an	y of the following e	ye diseases Retinal		☑	0						
Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) Yes answer above, please declare the case in the table below) In a figure 1 and		diseases <u>limites</u>	d to: Vertebral di	ny of the following b sc prolapse, Scolios	one is,		Ø	0		، الغضروفي النيسك	التنائية فقط: الإنزلاق أو تعزفي الأربطة	من أمراتش العظام ي، الكهاب المقاصل	، هل ثم تشخيصك باي _انحر اف الصود الققر و	
Employee and dependents details that need to be added (In case of a المحقق الموقف والراء المثلثة المراد المثلثة المثلثة المثلثة المراد المثلثة المراد المثلثة المثل		Pregnant Fem. Current single p Current single p Current multiple	ales only: regnancy regnancy with pr	evious CS delivery				0				سايقة	حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية حمل حالي متحد الأجنا	
اسم الموقف افراد العثلث الجاس التولية الجاس التولية الجاس التولية الجاس التولية المراقب التوليد التول		Employee and	dependents de	tails that need to	be added ble below)	(In case of a				(al.				
ADEL CASEM ARDO NAIL	F	اسم مقدم الخدمة	الملة	رقم الجوال	الطول	335 A V			1.00		Employe			
			113356307	533893473	0	0	233865	1157	EMPLOYEE	1	ADEL	QASEM ABDO	ILAN C	

- with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

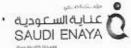
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الاقساح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تتريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أقر باأني قد قرآت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نقي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم نعبنة بيشك الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاثيف عملية جراحة السعنة للطوطة

التاريخ Employee Signature Entity's stan C.C1 11118

(1) Upon renewal of the nelleys the insurer shall not reque form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج العساح لأي مؤمن له مضى عليه (11) لشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب تموذج اقصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 - (3) في هال العاجة الأضافة تابعين اكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قوام صاحب العمل بالتوقيع يدلا عن المؤمن إه



ease Fill out the f sure that you and quired according	your family rece	the purpose of pri- ive health care ser licy benefit.	rvices as	2		مك	و افراد اسرئك على خد	لضمان حصوك	، قبامك بتعنة هذا التموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و علية الصحية بالشكل المطارب حسب منافع الوثيقة الموحدة	, n
Addition	إشاقة (2)	Nev	w 🗹	جديد			Туре		شت (1)	نوع
	ST0: 14/1/22/001		.,	يقة/ السجل التجاز و	ا رقد الوث	Entity N	lame: Al sala	m	المنشاة :	استم
PolicyNo/CR:	508577475		.,,	الجوال:		Employ	ec Name: SI	RR ALKHATM	المواقف: OTHMAN MOHAMMED	
Mobile No :	Number			2020574832					لهرية	10000
Gender: 1	and a second	Nationality: 9	00	:4	Marit الينسر	tal State	us Married	ستزوج 🗆	الاجتماعية: أغزب Single 🗵 🗚	الحال
lease declare any	of below cases b	y marking √ under	the word		Y No	نم Yes	نم ـ	ريع تحت كلمة ۔	فصاح عن وجود أي من الحالات أنداه بوضع اشارة لا في العر	يرچى اا
yes):		0.0000000000000000000000000000000000000			M	п			ل ثم التنويم بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	1
	dmission during las		ronic						الل تم تشخيصك يأي من الأمراض المزمنة التالية فَقَطَرُ النَّوَحَدِ	
diseases <u>limit</u> Diseases, Chro Urinary tract s	ed to: Autism, Beni onic Hepatitis C, Gal	y of the following ch gn Tumor, Cancer, I Istones, Kidney failu r, Cysts, fibroid uter Multiple sclerosis.	teart re,				5.0	ساء حصوات الدا	المحرطان، أمراطن القلب الاشتهاب الكندي القيروسي العزمن شَلَّ الكَلُوي، هصوات الاستهاب الكندي القيروسي العزمن ترجم، القَدَّق، أمراض المناعة الثانية أو التصلب المتحد.	ا تا
Have you been disorder or he Sickle cell diso diseases, Hyd malformations disease, G6PD	n diagnosed with an reditary diseases <u>lib</u> order, Thalassemia, rocephalus, spinal n s, Chromosomal abr Deficiency,systicfibr	y of the following co mited to: Cerebral p hemophilia, metabo nuscle atrophy, geni normalities, aucher's rosis, hemochromator	oalsy, lic tal		Ø	0	یل ، آمر اعض	يلياء أمزاض التما لأعضاء التناسلية الكيمد	على تم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو التشويفات المفلة الشال العماقي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفي للفاني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشويفات ال القروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القوتي، التنيف هيموكروماكوسيس، مرض ويلسون، تكوس الكليكين الخلفي الو	
4 Have you bee	e,Polycystic Kidney n diagnosed with a ataract, Glaucoma,	ny of the following e Corneal diseases or	ye diseases Retinal		Ø	0			هل ثم تشخيصك ياي من أمراض العين الثانية فقط: معاه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية	4
5 diseases <u>Ilmi</u>	n diagnosed with a ted to: Vertebral di gament tears.	ny of the following b sc prolapse, Scollosi	one s,		Ø			لفطروفي الديسك	مل تم تشخيصك يأي من أمراض العلام التثلية فقط: الإنزلاق لا نحراف العمود الفقري، النهاب المفاصل أو تمرق الأريطة	i.
6 Pregnant Fo Current singl Current mult	emales only: e pregnancy e pregnancy with pu pie pregnancy	revious CS delivery		1000000					<u>التي الحامل فقط :</u> من حالي جنين واحد من حالي مح فيصرية سابقة من حالي محمد الأجنة ريخ الولادة المتوقع	3
Employee a	nd dependents de	etails that need to	be added	(In case of a					نات المواقف و افراد العائلة المراد الضافتهم 3 ي هناة الإجابة يقعم أعلاء، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه	بيا (الم
Yes answer : اسم مقدم الخدمة Provider Name	\$2.2	e the case in the tab رقم الجوال Mobile No.	الطول	الرزن Weight	ية ID Nur	رقم شهر mber	القرابة Relation	البنس Gender	اسم الموظف إلقراء المثلة Employees/Dependent Name	,
Provider Name	CUSC	508577475	0	0	2020574	1832	EMPLOYEE	1	SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED	1
	1	508577475	0	0	2156428	3290	SON	1	ASIM MOHAMMED	2
		508577475	0	0	2186760	0910	DAUGHTER	2	HANA MOHAMMED	3
	1	508577475	0	0	202176	2873	WIFE	2	LAILA SULAIMAN	4
acceptance of my	enrolment will be o	information are corre	nformation			à	طلب سيكم على أساس هـ ت اللتي أتعامل معها	، طيه فإن قبول ال تعمال بالمستشفوة	ر و التقويض : لبيانات و المعلومات العذكورة اعاته كاملة و صحيصة و بناه و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاا ما بأي معلومات طبية قد تحتاج البها تقليم العقاطر	اقر ان ا البيانات
with to collect any 2. I agree that (S coverage/daims)	r medical information audi Enaya) has the n full in case of no	to contact the hospi on needed to assess right to reject the declaration of any ca ng or adding a new	the risk(s). ses prior to				. عدم الاقصباح عن الضافة مزمن له خلال	و التغطية كاليا عند و قبل التسجيل أو	 ب. احقیة (شركة عنایة السعودیة) في رفض المطالبة اي ب. من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل كاريخ التمانة اي بان الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل كاريخ التمانة او 	أوافق عا وجود أم

- أفر يأني قد قرأت و فهعت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارئي امام أي من الحالات المذكورة اعلاء يعتمر بمثابة نفي وجود ما يستدق الأقصاح عله و عليه أوقع
 - خدم تعبّـة بيانات الطول و الوزن حيزدي إلى رفض تغطية تكاليف عمارة جراحة السمنة العارطة

to cover the cost of obesity surgery.					
Entity's stampd	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	المتاريخ
للمقاولات العامة			- for		c.c/ /4//2

(1) Upon renewal of the nolicy , the insarer shall not request a declaration

form for any insured who has been insured for 11 months.

during the contract.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in

Failure to fill the weight and height information will result in refusal

this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

خد تجدید الرشقة فاله لا یحق للتر كة طلب نحوذج اقصاح لأي مزمن له معنى عاده (11) تشهر

 لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للمواليد البند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصمي السارية

أي هي حال الحاجة الأنساقة تابعين أكثر بالم تعينة نموذج جنيد

عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ples		your family re	or the purpose of p ceive health care : policy benefit.					ن خدماک	فواد اسرتك طو	ضمان حصولك و ا	سحيح لغرض التسعير و له منافع الوثيقة الموحدة			نآمل
A	ddition	إضافة (2) 🗆	N	lew	ديد 🗹	÷		1	уре			(1)	۽ الطائب	نوع
P	olicyNo/CR:				سجل التجاري :	قم الوثيقة/ ال	Ent	tity Nam	e: Als	alam			م المنشاة :	page 1
	Mobile No :	571074168			24	رقم الجوال	Em	ployee	Name:	NEERAJ KUMA	AR GANGA RAM		م الموظف:	أسم
	ID	Number			2385064	1031							الهوية	رقم
G	ender: 1	نس	المِن Nationality :	321		الجنسية:	Marital	Status	Married	ie3 🗆 1	ے Single ک	أعزب	لة الاجتماعية:	الحا
Ple (ye		of below cases	by marking √ und	er the wor	rd	3.5	S 18	vi Yes	-,	يع تحت كلمة - نع	اد يوضع اشارة ﴾ في العرر	، أي من الحالات أتنا	الاقصاح عن وجود	یرجی ا
1	Any hosipital ad	mission during la	est 12 months?					-			1: شهر :	ستشقى خلال اخر 2	هل تم التنويم بالم	1
2	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	d to: Autism, Ber ic Hepatitis C, G ones, thyroid goit	ny of the following on nign Tumor, Cancer, allstones, Kidney fai ter, Cysts, fibroid ut or Multiple sclerosis.	Heart lure,			e (3		ي، حصوات المرارة	مزمنة التالية فقط: التوحد, ثيدي الفيروسي المزمن سم ية، تضخم الغرة الترقية، ال أ أو التصلب المتحد.	ن القلب، الالتهاب الا سوات العسائك اليوثر	،السرطان، أمراض القشل الكلوي، حد	2
3	disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDe	ditary diseases [der, Thalassemia cephalus, spinal Chromosomal ab	inj of the following of imited to: Cerebral i, hemophilia, metab muscle atrophy, ger prormalities, aucher prosis,hemochromate Disease.	palsy, olic oltal			፼ (3		يئيا، أمراض التمثيل لأعضاء التقاسلية، أ الكيسى	نوراثية أو التشوهات الخلق نجئية، الثلاسيميا، الهيموفي مشات الشوكي، تشوهات ال في التكسر اللوثي, التليف بر تكيس الكليلين الخلقي الو	اضطراب الخلايا الما و الرأس، شعور اله ر مرض غوشر, مره	الشلل النماغي، الغذائي، استسقا الكرومومومات	3
4			nny of the following e Corneal diseases of		s		Ø 1	0		3	مين التائية فقط: القرئية أو أمراض الشبكية	، پاي من أمراض ال ياد زرقاء، أمراض ا		4
5		d to: Vertebral d	ny of the following t lisc prolapse, Scollos				Ø	0		الغضروفي الديسك	طام التثلية فقط: الإلزلاق ا اصل أو تعزق الأربطة		1 CARSON STATE OF THE RESIDENCE OF THE R	5
6	Pregnant Fem Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with po pregnancy	revious CS delivery				0		100			واحد مصرية سليقة الأجنة	لِلْتُشْنِ الْحَامِلُ فَقَ حَمَّلُ حَالَى جَنِّينُ حَمَّلُ حَالَى مَعْ فَي حَمَّلُ حَالَى مَتَّحَدُ تَارِيخُ الْوَلِادَةُ الْمُ	6
			etails that need to re the case in the tal		(In case of	a				. (4	اضافتهم 3 ذكر الحالة في الجدول أدنا	وافراد العاتلة العراد ونعم أعلاه، الرجاء	بينات الموظف و (في حالة الإجابة	
р	اسر مقدم الخدمة rovider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	ID	ِقْمِ الهُويةُ Number		ظفرنیة elation	الجنس Gender	Employees/	رِقْفَ إِفْرَادُ تَعَلَّلُهُ Dependent N	577.04.000	,
			571074168	0	0	2385	064031	8	MPLOYEE	1	NEERAJ KU	MAR GANGA R	AM	1
1. I acc	eptance of my enr i that (Saudi Enaya	olment will be on a) has the right t	nformation are corre	nformation al(s) I deal				اسان هذه معها	لطاب سيتم على ت اللتي أتدامل	ناء عليه فأن قول ا الاتصال بالمستشفرا	أعلاء كاملة و صحيحة و با اسعودية) لها الدق في أنها لتقيم المخاطر	- حلومات المنكورة أ	بیانات و أن الشر؟	- 1. أقر الب

- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أوافق على أحقية (شركة عناية السعونية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو الضافة مزمن له خلال
 - أقر بأتي قد قرأت و فيمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بعثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه اوقع
 - 4. عدم تعينة بوانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقرطة

Entity's stamp	عفيها	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ
	الام النحبه	NER	TAS		C.C/	11114

- (1) Upon renewal of the policy the osciller shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11-months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) حت تجدرد الوضعة فاته لا يحق للشركة طلب نموذج افضاح لأي مومن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يعنق لشركة التأمين طلب نعوذج اقصاح طبي للمواليد الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحى
 - (3) في حالى الحاجة الأضافة تليمين أكار يتم تعينة نعوذج جديد
 - (4) عدم نظامية فيام صاحب العمل بالتوفيع بدلا عن المؤمن له



sure t	ill out the form cor	rectly for the pu	rpose of pricing a alth care service:	as_			لى خدمات	دصونك و افراد اسرتك ع	معمر و عمدن. موحدة	نأمل قيامك يتمينة هذا النموذج بالشكل السحيح لغرمض ا الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مثاقع الوثيقة لا نوع الطلف	+
	fill out the form cor that you and your f d according to your	unified policy be	enefit		جديد	-	Т	уре		(1)	7
_	П	(شقة (2)	New	☑		7	2 1.22	A . Al salam		اسع المنشاة ; أمم الموظف:	\dashv
dditi	ion			لتجاري :	قم الوثيقة السيجل ا		ntity Nam		AN RAM GOV	IND	\dashv
Policy	yNo/CR:				رقم الجوال:	E	mployee	Name:	$\neg \neg$	رقم الهوية الحالة الاجتماعية: أعن التا	
Mo	bile No : 57179	00078		238	5064395			transad []	S متزوج	حدث الاجتماعية: اعزب 🖾 ingle	-
	1D Num	ber	Senality: 204	1	الجنسية:	Marita	l Status		Ç	ي الأقصاح عن وجود أم من المعدد ال	W.
Geno	der: 1		(lonancy .			Y	تعم	مة - تعم ـ	في المربع تحت كا	ى الاقصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة أ	
00	e declare any of bel		king √ under the	word	1	No	Yes	Control of the Contro			1
ease	e declare any of bel	low cases by man								هل تم التقويم بالعستشلى خلال اخر 12 شهر ؟	-
(Pay	:					☑			CONTRACTOR	 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: السرطان، لمراض القلب، الالتمام، المراحد الإلامان. 	2
	Any hosipital admissi	ion during last 12 r	sellening deconi	c		Ø		ميدة	النتوهد, الأورام الح	المرطان، أمراض القب، الانتهاب الكبدي الفيرومي الم المرطان، أمراض القب، الانتهاب الكبدي الفيرومي الم الفشل الكلوي، حصوات المسالك النه لمة، تشديد الله تا ال	12
				t		_		المرارة	من سيء حصوات غية، التكسية،	الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضم المز يشرحم، الفتق، أمراض المناعة الذائمة أو ماتم أو الدو يشرحم، الفتق، أمراض المناعة الذائمة أو ماتم أو ال	
1	diseases limited to:	Autism, Denigh	es. Kidney failure,				1 1	م بهشن	,,,	بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدر	1
-	Diseases, Chronic He Urinary tract stones	thyroid golter, Cy	sts, fibroid uterus,							هار تو تشاه و الاراد الله الله الله الله الله الله الله ال	3
- 1	Urinary tract stones, Hernias, autoimmur	e diseases or Mult	iple sclerosis.			-	П	1	الخلقية التالية فقط	هل تم تشخيصك يأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الشال الدماغي، اضطراب الفلارا الدرادة العام	
-		A contain moral Of	the following course	enitai		₩.	101	التمثيل	وموقيلها، أمراض ا	الغذائي، استعمام الرأس و ضمور المنا وم وو	1
3	Have you been diag disorder or heredita	ary diseases limite	d to: Cerebrai pas enhilia metabolic			1	1 1	شية، أمراض	نات الاعضاء التناب 1.1. راء	الكروموسومات، مرض خوشر، مرض التكسر القولي، الا مهموكرومكوميس مرض خوشر، مرض التكسر القولي، الا	
	Sickle cell disorder,	Inalassema, nes	le atrophy, genital						موات الخومسي د. الله د الله	. هيموغزومتوميس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلة	
	diseases, Hydrocep	nalus, spinar most	alities, aucher's				1 1		g-33-0		1
	cepppelic	iency, systicing		ř							
						1				عل تم تشخيصك ياي من أمراض العين الثالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الغرنية أو أمراض الشي	
-				diseases		E	0		كية	و در ۱۳۰۰ می درده به مرافق الفرنیه او امراض الش	-
4	Have you been dia limited to: Catari	act, Glaucoma, Cor	neal diseases or N	Edito	11212-02		-		1000	عل تم تشخيصك بأي من أمراض الطلع التثنية فقط: الإنزاع الحراف العدود الفقري: التعلق الدائد المراجع التراك	.
					335776	8	0	4	في الغضروفي الديم	الحراف العمود الفقري، التهاب المقاصل أو تمزق الأربطة	.
	Have you been di	agnosed with any o	orniaose, Scoliosis,			1					
5	diseases limited	to: vertenial disc	pa Oropa			+				الشرر الحامل فقط :	4
	Arthritis or Ligam	PERIC CONTRA					D	1		مل حالي جنون ولحد مل حالي مع قبصرية سايقة	
6	Pregnant Fema	jes only:				- 1	0	1		ال المالي من موصورية مستهدة الما خالي متحدد الأجانة	
1			ious CS delivery			- 1		1		يخ الولادة المتوقع	تاز
1	Current single pr	regnancy regnancy with prev	1005			- 1	u	1			_
1	Current multiple	ry date								نات الموظف والحراد العلقة المراد الضافتهم 3 حالة الامادة في الم	يور (ف
L	Expected deliver	ry date	To shot need to	be added	(In case of a				(1)	علمة الإجابة ونعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدن	بيد (فر
-	Expected deliver	ry date	nils that need to the tab	be added	(In case of a			1		، همنه الإجهاء بقمع اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أنا اسم الموظف القراد العائلة	بيد (فر
	Expected deliver	dependents deta ve, please declare		7.500	(In case of a		رقم الهوية	القرابة	الجشن	، همنه الإجهاء بقمع اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أنا اسم الموظف القراد العائلة	بيد (فر
-	Expected deliver	ry date	رقم الهوال	الطول	الوذن	ID	رقم الهوية Number	لقزية Relation	الجشن Gender	، هنته الإجابة يقم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أد: أسم الموظف إنقراد العائلة Employees/Dependent Name	بي.د (فر
-	Employee and Yes answer abo	dependents deta ve, please declare		الطول Height	الارزن Weight		Number	17.	الجشن	، همنه الإجهاء بقمع اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أنا اسم الموظف القراد العائلة	بيد (فر
	Employee and Yes answer abo	dependents deta ve, please declare	رقم الهوال	الطول	الوذن		Number 064395	Relation EMPLOYEE	البش Gender 1	، هناه الإجابة يقم اعلاد، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادا اسم الموظف إنفراد العائلة Employees/Dependent Name SHRAVAN RAM GOVIND و التقويض :	الاغرار
	Employee and Yes answer abo Improvider Name Undertakings: 1. I hereby undertal acceptance of my erand that (Saud Enawith to collect any 12. I agree that (Saucoverage/claims in the contractual dat during the contract 3, 1 hereby confirm this form and I ag "Nothing requires 4, Failure to fill the to cover the cost	dependents detave, please declare licase ke that all above in nrolment will be or nya) has the right t medical information di Enaya) has the full in case of no d e or before enrollint in reading and under ree that not marking	رام الجرال Mobile No. 571790078 Information are corn the basis of such the contact the hosp in needed to assess right to reject the eclaration of any cong or adding a new constanding all pointing any case is undisign on these basis in information will recommend to the constant of th	ect and the information ital(s) I de the risk(s, ases prior lasured as presente erstood as sesult in reference in the risk of	الودن weight 0	2385	Number 064395	Relation EMPLOYEE خلب سيتم على أساس هذه اللتي أتعامل معها عن عدم الإقصاح عن سقة مومن له خلال أي من الحالات	النهاس ا	اسم الموقف القراد الرجاء نكر المحلة في المهدول الت السم الموقف القراد الدينة المسلم الموقف القراد الدينة المسلم Employees/Dependent Name SHRAVAN RAM GOVIND و التقويض : و التقويض : الما المسلمات المستكورة أحلاء كاملة و مسحومة و بناة المرابقة (أمركة عالجة السمودية) أبيا الحق في الا المقبة (أمركة عالجة السمودية) في رفض المطالبة الإسلام المعالمات المستكورة أعلاء اللتي تشقت قبل تاريخ الاستقد المنابقة المسلمات عليه المعالمة المنابقة المسلمات المسلمات عنه و عليه المات المعالمة المنابقة المنابق	الاقرار بالدائد وودها وودها مريان مريان رزد أم
	Employee and Yes answer abo In a single like in the contract and the contract and the contract and the form and the form and the form and the form and the contract and the form and I ag "Nothing requires 4, Failure to fill the cover the cost." Entity's stamp	case ke that all above in modiment will be on one of the full in case of no die or before enrolling to the reading and under ee that not marking declaration" and I e weight and height obesity sure	Mobile No. 571790078 formation are corn the basis of such o contact the hosp in needed to assess right to reject the eclaration of any cong or adding a new enstanding all pointing any case is undisign on these basis in information will refer to the contact of the congression o	ect and the information ital(s) I de the risk(s, ases prior lasured as presente erstood as special in reference as proyee Signal in reference as proyees	weight 0	2385	Number 064395	Relation EMPLOYEE د الله سيتم على أساس هذه اللتي أتعامل معها عن القامل معها عن القامل معها أي من العالات أي من العالات المقرطة	النهاس ا	اسم الموقف إنقراد الرجاء تكر المحلة في المودول ادن اسم الموقف إنقراد الديلة Employees/Dependent Name SHRAVAN RAM GOVIND و التقويض : و التقويض : المحردات المحكورة أحلاه كاشلة و مسحومة و بناه بال المحكومات المحكورة أحلاه كاشلة و مسحومة و بناه بالى معلومات عليمة قد تحتاج الهما لتقيم المحكولية المحكومات عليمة قد تحتاج الهما لتقيم المحكولية المحكومات المح	الاظرار ان الاظرار ان الاظرار ان الاظرار ان الاظرار ان الاظرار ويدها ن على مريان الاغرام الذي الازرة الديان الازرة الديانة بيدة بيداد الوشد
	Employee and Yes answer abo In a single like in the contract and the contract and the contract and the form and I ag "Nothing requires 4, Failure to fill the cover the cost Entity's stamp (1) Upon renewal	case ke that all above in proliment will be or or before enrolling to medical information and I e weight and heigh or obesity sure.	Mobile No. 571790078 formation are corn the basis of such o contact the hosp in needed to assess right to reject the eclaration of any or go or adding a new enstanding all pointing any case is undisign on these basis it information will remain the contact of	Height O ect and the information ital(s) I de the risk(s, ases prior la sured as presente erstood as sesult in reference as a contract of the contract of th	weight 0	2385	Number 064395	Relation EMPLOYEE د الله سيتم على أساس هذه اللتي أتعامل معها عن القامل معها عن القامل معها أي من العالات أي من العالات المقرطة	النهاس ا	اسم الموقف القراد الرجاء تكر المحلة في المودول ادن السم الموقف القراد الدهاة تكر المحلة في المودول ادن Employees/Dependent Name SHRAVAN RAM GOVIND و التقويض : و التقويض : بان معلومات المذكورة أحلاه كانمة و مسحومة و بنا المركة (شركة عائية السمودية) في رفض المحالفة في الا الحالات المذكورة أعلاه اللتي تشك قبل تاريخ الاستقاد أو المحلفة المنافقة المنافق	الاقرار الاقرار الما الاقرار الما الاقرار الما الما الما الما الما الما الما ا
	Employee and Yes answer abo Improvider Name Undertakings: 1. I hereby undertal acceptance of my early with the collect any to collect any to coverage/claims in the contractual dat during the contract 3. I hereby confirm this form and I ag "Nothing requires 4, Failure to fill the cover the cost. Entity's stamp (1) Upon renewer form for any instance of the contract of the cost. (2) The insurer of the cost.	case ke that all above in modiment will be on one of the full in case of no die or before enrolling to the reading and under ee that not marking declaration" and I e weight and height obesity sure	Mobile No. 571790078 Independent of the basis of such the basis of such the contact the hospin needed to assess right to reject the eclaration of any cong or adding a new enstanding all pointing any case is undesign on these basis it information will refer to the consumer shall be a medical to	ect and the information ital(s) I de the risk(s) asses prior la	weight o c n al o to d in fusal acceptantion for policy.	2385	Number 064395	Relation EMPLOYEE د الله سيتم على أساس هذه اللتي أتعامل معها عن القامل معها عن القامل معها أي من العالات أي من العالات المقرطة	النهاس ا	اسم الموقف إنقراد الرجاء تكر المحلة في المودول ادن اسم الموقف إنقراد الديلة Employees/Dependent Name SHRAVAN RAM GOVIND و التقويض : و التقويض : المحردات المحكورة أحلاه كاشلة و مسحومة و بناه بال المحكومات المحكورة أحلاه كاشلة و مسحومة و بناه بالى معلومات عليمة قد تحتاج الهما لتقيم المحكولية المحكومات عليمة قد تحتاج الهما لتقيم المحكولية المحكومات المح	الاقرار المالية المالية المالية المالية الوثب

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



Ple	sure that you ar	nd your family r	for the purpose of eceive health care I policy benefit.	pricing a services	nd to		,	لا لسرتك على خدمات	مان حصولک و افرا	يح لغرض التسمير و لضا قم اد ثبلة الموحدة	: ا النموذج بالشكل الصح شكل المطارب حسب منا		نابل
А	ddition	الله (z) الم	a)	New	E1 3	44		Туре			(1)	الطلب	
P	olicyNo/CR:				حل التجاري :	رقم الوشقة/ السم	Entity	/ Name: Al	salam			2000000	-
	Mobile No :	597846958				رقم الجوال:		oyee Name :		IZWAN HAOUE		المنشأة :	
	1	D Number			239495	56904				I		اعونت. تهوية	
G	iender: 1	:0	: Nationality الجنم	204		M الجنسية:	larital Sta	atus Marri	ed 🗆 E	⊠ Single سرّو	اعزب ا	الاشاعة:	
	ase declare any	of below cases	by marking √ un	der the w	ord	y No	نم Yes		تحت کلمة ۔ تعم ۔	وضع اشارة √ في العربع	رد أي من الحالات أدناه و	والمصاح عن وجو	جی اا
1	Any hosipital a	dmission during l	ast 12 months?			Ø						20.000.000	Т
2	Have you been diseases <u>limit</u> Diseases, Chro Urinary tract s	diagnosed with a ed to: Autism, Be nic Hepatitis C, C tones, thyroid goi	any of the following enign Turnor, Cance Fallstones, Kidney fo ter, Cysts, fibroid u or Multiple sclerosis	r, Heart silure, terus,		Ø			، جصوات المرارة	منة التالية فقط: التوحد, ا بي الفيروسي العزمن سي . تضغم الغدة الدرقية، الذا	تى القلب، الالتهاب الكيد	، هل تم تشخیصك ،السرطان، أمراه الفشل الكلوى، ح	
3	Have you been disorder or her Sickle cell diso diseases, Hydr malformations, disease, G6PDD Wilson disease	diagnosed with a reditary diseases of rder, Thalassemia ocephalus, spinal Chromosomal at reficiency, systicfit Polycystic Kidney	any of the following limited to: Cerebra a, hemophilla, meta muscle atrophy, ge conormalities, auche prosis,hemochroma y Disease.	congenital al palsy, bolic enital r's tosis,		Ø	0	رفض	با، آمراض التمثيل عضاء التفاصلية، أمر كيمس	رائية أو النشو هات الخلقية لية، الكانسيميا، الهيمو قبل بالت الشوكي الشوهات الأ بالتكسر القولي، الثليف ال تكسن الكليتين الخلقي الور	ك بأي من الأمراض الور اضطراب الخلايا المنجا ناء الرأس، ضمور العث كم مرض غوشر, مرض	هل تم تشخوصا الشلال المماغي، الغذاني، استسا الكروموسوما،	
4	limited to: Ca diseases.	taract, Glaucoma	ony of the following , Comeal diseases o	or Retinal	es	Ø	0			ن التالية فقط: رئية أو أمراض الشيكية	بك يأي من أمراض العيا مياد زرقاء، أمراض الة	هل تم تشخیص مهاه برضاء،	1
5	Have you been diseases <u>limits</u> Arthritis or Liga	ed to: Vertebral d	any of the following lisc prolapse, Scolio	bone sis,		Ø	0		غضروفي النيسك	لم الثناية فقط: الإنزلاق ال سل أو تمزق الأربطة	لك يأي من أمراض العظ د الفقري، التهاب المقاه	، هل تم تشخيص بالحراف الصو	
6	Pregnant Ferr Current single ; Current single ; Current multipl Expected deliver	pregnancy pregnancy with pregnancy	revious CS delivery				0 0			_	ين واحد قيصرية سليقة دد الأجنة	للأنش الحامل حمل حالي جنو حمل حالي مع حمل حالي مته تاريخ الولادة ا	
	Yes answer abo	dependents de ve, please declar	tails that need to	be added	(In case of	ra e			. (ضافتهم 3 نفر الحالة في الجنول أننا	، والقراد العائلة العراد ا لية يشعم أعلاد، الرجاء ذ	بهانات الموطة (في حالة الإج	
	اسم مقدم لخدمة ovider Name	الدلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطرق Height		ID Nu		القرابة Relation	الچئس Gender	460 270 m 270 m	تبرظ <i>ف إنقراد العنلة</i> Dependent Na/	me	P
			597846958	0	0	2394956	5904	EMPLOYEE	1	MOSARIB	RIZWAN HAQUE		1
1. I hacces and to with 2. I a cover the c durin	ptance of my enrithat (Saudi Enays to collect any mo agree that (Saudi rage/claims in ful contractual date o ig the contract.	olment will be on b) has the right to dical information Enaya) has the r I in case of no de r before enrolling	formation are corre the basis of such in contact the hospit needed to assess the ight to reject the claration of any cas or adding a new In	oformation al(s) I deal he risk(s). es prior to isured				ت اللَّتِي أَتَمَامَلُ مِعِيَّا لا عدم الأفصاح عن	الإنسىال بالمستشفيا ة او التغطية كاليا عا	علاه كاملة و صحيحة و به سعودية) لها للحق في ليها تثنييم المخاطر ية) في رفض المطالب تي تشأت قبل تاريخ التعاق	المطرمات المذكورة أ. بركة (شركة عابة ال لومات طبية قد تمثاج ال (شركة عالية السعود الإن المذكورة أعلاء الله	البيانات و أن الث لتزويدها باي مع والحق على احقية	1. أنا 1. 2. أو و
this f "Noth 4, Fai	form and I agree hing requires dec	that not marking aration" and I sig sight and height in	standing all points p any case is underst in on these basis. Information will resu	tood as					عائيه اوقع	في هذا النموذج كما أتمه: با يستحق الأفصياح عنه و ي الى رفض تغطية تكالية	مثبر بمثابة نفي وجود م	لمذكورة أعلاه يد	2
1000	y's stamp A	مؤسة ماللنخ ا اولات العام	24 Sept. 1 1/4 1	ee Signatu		(4) J A A	/	توفع البوظف	Date	اريخ	-31		.4
	pon renewal of the		urer shall not reque	A. 100 C. 100 C.	A COLOR	· 11 /	/	(11)أشعر		ا کې در اب نموذج افصاح لأي در		ند تجديد الرشعة	- (

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للمواليد الجند عند اصطفهم على وثيقة التأمين الصحي الداء .
 - (3) في حال الحاجة الإضافة تشمين أكثر يتم تعينة نمودج هديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.



-	نأمل قيامك بشيئة هذا التموذج بالشكل المسميح لغرمض ا الرعاية المسمية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثوقة لا قوع الطنب (1)	سعار و تشمان حص وحدة	مولگ و افراد	رتك على	ندسات			es as	Local street	r family received	sured: Fill out the form of that you and you ad according to yo	ease	
٦	اسم المنشاة :			Type			2) 25	図	New	إضافة (2)	п		
\dashv	16 V 1		Al salam	me:	ntity Na	E	قع الوشيقة/ السجل الن			(2) (30)	tion U	ddi	
\dashv	رقم الهوية (RAM)	SAMU)H AVADI	RAM :	Name	mploye	E	رقم الجوال؛ رقم الجوال؛	بدري:		- SELVER SWIE	yNo/CR:	Polic	
	2 -1 5 80 10 5 9					1	87809193			792185		_	
\dashv	فدقة الإجتماعية: اعزب 🗹 ingle	5 منزوج ا	rried 🗆	М	l Statu	Marit		23		mber	ID Nu	-	
**	جى الانفصاح عن وجود أي من الحالات أمناه بوضع اشارة إ				نس	-	الجسواة		lationality: 204	N لايٹس:	der: 1	Con	
1	هل نو التنويع بالمستشفى خلال الحر 12 شهر ؟	هي العربع تحت كلما	ة - نعم - -		Yes	Y No		e word	arking √ under th	elow cases by ma	e declare any of b		
-						2					1	es)	
2	 «قال ثم تشخيصك يأي من الأمراض المزمنة التائية فقط: دائب طائد الدائد الثانية عدم الأمراض المزمنة التائية فقط: 	n i ân is áll							2 months?	sion during last 12	Any hosipital admis		
-	السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي القوروس الد اللشل الكلوي، حصوات الممثلك اليولية، تضم الغدة الله يقرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعا	رُهن سيء خصوات ال دُدُّ منه				Ø			f the following chroi Tumor, Cancer, Hei ones, Kidney fallure Cysts, fibroid uterus	gnosed with any of o; Autism, Benign T Hepatitis C, Gallsto os thyroid goiter, C	Have you been diag diseases limited to Diseases, Chronic h	-	
3	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو النشو هذا الشئل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، التلاسيميا، لا التفاقيء استمطاء الرأمي، شمور المشالات الشوكي، تشو والكرومومات مرض تتوشر, مرض التكمير القولي، المحدد القولي،	هيموفيليا، أمراض الذ هات الأعضاء التناسل الارد وم			п	Ø		genital Isy, :	of the following con- ted to: Cerebral pa emophilia, metabolic	ignosed with any of tary diseases limit	Hernias, autoimmu Have you been dia disorder or heredit	1	
1	. هيدو كروماتوسوس, مرض ويلسون, تكوس الكليكين الخ هل تم تشخيصك يأي من أمراض العن التالية فقط،		_					5,	sease.	hromosomal abnor iciency,systicfibrosi slycystic Kidney Dis	malformations, Ch disease, G6PDDefi		
+	مهاه بیضاء، میاه زرقاء، أمراض القرنیة أو أمراض النا وهل تم تشخیصگ بأی من أمراض العظام التائية فقط الإن		-	_		2		Have you been diagnosed with any of the following eye diseases Iimited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone					
+	الحراف العمود اللقري، اللهاب المقامس أو تعزق الأربط للاتش المعامل فقط: حمل هامل جنون واحد	- •	-			Ø		ne .	of the following bo prolapse, Scollosis	to: Vertebral disc	Have you been d diseases limited Arthritis or Ligan	5	
- 1	عمل هماني جيون و احد حمل حالي مع فيصرية حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولاية المتوقع				0	1			vious CS delivery	regnancy regnancy with prev	Pregnant Fema Current single pr Current single pr Current multiple	6	
	بهشات الموظف والحراد العائلة المراد الضاففهم 3 (في حلة الإجابة بنعم أعلاء الرجاء تكر الحالة في الجدول	الماء		_			In case of a	ne added (ails that need to	ry date	Expected deliver	7	
	اسم الموظف إطراد العنتية				_			le below)	the case in the tab	dependents deta	Employee and		
L	Employees/Dependent Name	Gender	القرابة ation	Re	رقم لاپور umber		الوزن	الطول	رقم الجوال	الدلة	Yes answer and	-	
	RAM SAMUJH AVADH RAM	1	PLOYEE	FI		23878	Weight 0	Height	Mobile No.	case	Provider Name		
لتر أن البوائـا لنزويد إلفق ،	أوار و التغويض : ن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاء كاملة و مسعومة و الت و أن الشركة أشركة خلية السعونية) لها الحق فر يبدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها للقليم المخاطر على أحقية (شركة علية السعونية) في رفض المسقا، أي من الحالات المذكورة أعلاء اللي نشات قبل تاريخ التما	الاتحدل بالمستثفية	ت اللثي أتعامرا	lan				tal(s) I deal the risk(s). uses prior to	to contact the hospi n needed to assess right to reject the lectaration of any ca	nrolment will be on ya) has the right to nedical information adi Enaya) has the	Undertakings: L. I hereby undertakings: acceptance of my er and that (Saudi Ena- with to collect any no 2. I agree that (Sau coverage/claims in to	1	
	ي قد قر أت و فيهت جميع ما جاه في هذا التصوذج كما أنديها رة أعلاء يعتبر بمشئية نفي وجود ما يستحق الإقتصاح عنه و بيئة بوائات العلول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف	عليه اوقع		3			in	presented i	rstanding all points	e or before enrolling reading and under see that not marking	the contractual date during the contract. 3. I hereby confirm this form and I agn		

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

hployee Signature

RIM

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be

1010095926

Entity's stamp

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

C.C1 1411E (1) عند تجدید الوشخة فأنه لا یحق الشرکة طلب نموذج العصاح لأي مؤمن له مضى علیه (11) الشهر

- (2) لا يحق نشركة التأمين طلب نموذج الصماح طبي للموافيد الجدد عند انسافتهم على وثبقة التأمين العسمي
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين لكار يتم تعينة نموذج جنيد
 - (4) عدم نظامرة قيام مساحب العمل بالتوقيع بدلا عن العؤمن له



ddition olicyNo/CR :	your unified policy b	A-0.1/2	g and to ces as			ظمات	-واتك و افراد اسرنتك على ، -	بحدة	ا اللموذج بالشكل الصحيح لغرض الت كل المطلوب حسب مناقع الوثيقة المو	الرعابة المسمية بالث توع الطئب	-
olicyNo/CR:		DOMANIA	Ø	خرند	1		Туре		(1)	C.S.	-
olicyNo/CR:	إضافة (2) [New	22		-		ame: Al salam			اسم المنشأة :	
			طري :	الوثيقة السجل النج	1	Entity Na	diffe.	T VAMAL MUH	AMMED KAMAL	أسم الموظف:	
	00758693			رقم الجوال:	1	Employe	ee Name : NOOI	Kitarine		رقم الهوية	1.0
Mobile No.	umber		2	370842037			s Married D	ا متروج ا	اعزب 🖾 Single	الحالة الاجتماعية:	1
	Umber N:	ationality: 304		نسوة:	-	tal Statu	IS Prairies	C		والأصاء ودورا	
Sender: 1	500 S00 D0				A	نعم	7 - ئعم -	في المربع تحت كلمة	ي من الحالات أدناء يوضع اشارة ﴾ أ	136000	
ase declare any of	below cases by ma	rking √ under tr	ie word		No	Yes			7 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	A STORY	1
es):					€	0			شقى خلال القر 12 شهر ٢	ال ما السويم يالمداد	++
Any hosipital adr	nission during last 12	months?			-	-		2 1 30 mail	، من الأمراض المزمنة التالية فقط: ال	۱۸۰ تم تشخیصک پای	2
Have you been d diseases limited Diseases, Chroni	iagnosed with any of to to: Autism, Benign To c Hepatitis C, Gallston nes, thyroid goiter, Cy	the following chroi fumor, Cancer, Hei nes, Kidney failure cysts, fibroid uterus	2,		Ø		مرارة ئيلمي	من سي، حصوات الد أوة، التكيسات، ورم ا	عنب، الانتهاب الكبدي الفيروسي المز الت المسالك البولية، تضغم الخدة الدرة ل المناعة الذاتية أو التصلب المتعدر	الفشل الكثوي، خصوة بالرحم، الفتق، أمراض	3
Hernias, autoim Have you been of disorder or here sickle cell disordiseases, Hydro maiformations, disoare 56000	mune diseases or mun diagnosed with any of ditary diseases <u>limits</u> der, Thalassemia, hen cephalus, spinal musc Chromosomal abnom eficiency, systicfibrosis	f the following cong ed to: Cerebral pal mophilia, metabolic cie atrophy, genita malities, aucher's s,hemochromatosis	genital disy, c		Ø	В	II	يموفيلياء أمراض الت نات الأعضام التقاسلي الدورات	من الأمراض الورائية أو التشويدا اليه الراب الخاليا المنجلية، الثلاسيميا، اليه أس، ضمور العضائك الشوكى،تشويه ض تتوشر, مرض التكسر اللغولي، الله مرض ويلمون, تكهس الطلبتين المثلة	الغذائي، استسقاء الر الكروموسومات، مر،	
Wilson disease, Have you been timited to: Ca	Polycystic Kidney Dise diagnosed with any o taract, Glaucoma, Cor	of the following eyo	e diseases		Ø	п			من أمراض العين الثنائية <u>فقط:</u> فقاء، أمراض القرئية أو أمراض الشين	بهیاه بیضاء، میاه زر	+
diseases. Have you been diseases limit Arthritis or Lig	diagnosed with any o	of the following bo prolapse, Scoliosis	ne i,		Ø		<u>د.</u>	ى الغضروفي النيسة	من أمراض العظام النظية فقط: الإنزلا ب. المتهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	١٨٥ تم تشخيصاك باي ٥ بالحراف العود الفقري للأنش الحامل قلط :	-
6 Prognant Fee	nales only: pregnancy pregnancy with previ	lious CS delivery				0				يحلقي الحامل <u>فقط:</u> حمل هالي جابين واحد حمل هالي مع قيصرية. حمل حالي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
Expected deli	very date	nils that need to	be added	(In case of a		1000		(ali	لعائلة المراد الشافتهم 3 علاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أد	في حالة الإجابة بنعم اع	9
Yes answer a اسم مقدم الخدمة	bove, please declare t	the case in the tag رقم الهوائل	الطول	الوزن		رقع لهوية Number	القراية Relation	الجنس Gender	Employees/Depend		
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight		842037	EMPLOYEE	1	NOOR KAMAL MUHAM	MED KAMAL	
		590758693	0	V 1			1			رار و التغويض :	in
acceptance of my and that (Saudi E with to collect and 2. I agree that (S	ake that all above info enrolment will be on to naya) has the right to medical information audi Enaya) has the ri n full in case of no de ate or before enrolling	contact the hospil needed to assess right to reject the eclaration of any ca	ital(s) I dea the risk(s) ases prior to	al).			ك اللكي أتعامل معها	الاتصال بالمستشوك	لمنكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بد كة عناية السعونية) ليها الحق في ا قد تستاج البها تنقيم المخاطر اية السعونية) في رفض المطالية ة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد	الديانات و المعلومات ا ت و أن الشركة (شرز ها يأي معلومات طبية ا على احقية (شركة عنا	اقر أن البيانات النزويت واقق عا

- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

- أفر بأتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا التموذج كما تشميد بأن عدم الشارش اسام أي من المالات المذكورة أعاده يحبر بعثته نغي وجودها يستمق الأقصاح عفه وعليه اوقع
 - عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيزدي الى رفض تغطية كالوف عملية جراحة السعنة المغرطة

to cover the cost of obesity eurgery					٦
auga -	(4)	توقيع الموظف	Date	التكريخ	1
Entity's starto	Employee Signature (4)		C.C1	14114	1
للمقساولات العامشة	NOOR			عند تجنيد الوئسقة فأته لا يحق للشركة طلب نموذج العصا	(1)
	all not request a declaration	به (11)نشیر	ے دور مومن نہ مضی ع	W. Halleston Way	

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee,

- (2) لا يحل تشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للمواليد الجند عقد اشاقتهم على وثبقة التأمين الصحي
 - (3) في هال الحاجة الانساقة تابعين أكثر بنم تعينة بموذج جديد
 - (4) عند نظامية قبام مساجب المسل بالتوقيع بدلا عن العؤمن له



		your unified poli		E		-		Time			(1)	عاية السحية بالشكل ا الطلب	_
Add	ition	إضافة (2) 🗆	Ne	w E	خبت		_	Туре			(-)		_
Poli	cyNo/CR:			:	ثيقة/ السجل التجاري	رقم الو	Entity N	ACCUSATION CONTRACTOR	500 L			۽ الموظف: ۽ الموظف:	
Me	obile No: 5	57326820			الجوال:	رقم	Employe	e Name : M	NH DAMMAHUI	SIL SHAKAR	KHAN	الموطف	
	ID N	lumber			2372774345						اعزب 🗹	مهوب 4 الاجتماعية:	100
Gen	der: 1	الجلس:	Nationality: 3	321	بة:	Mari الجنب	tal Statu	s Married	متزوج 🗆	Single	اعرب ت	.,,,,,,,,	
Pleas (yes)		below cases by I	marking √ unde	the wor	i	No	نم Yes	م -	مريع تحت كلمة . :	ضع اشارة لا في ال	من الحالات أدناه يوه	المصاح عن وجود اي .	برجی ا
		ission during last 1	.2 months?			⊠				1.4	لهی خلال اهر 12 شه	هل شم اللتلويج بالعسستان	
2	Have you been di- diseases <u>limited</u> Diseases, Chronic Urinary tract ston	agnosed with any o to: Autism, Benigr Hepatitis C, Gallst es, thyroid goiter, nune diseases or M	of the following ch Tumor, Cancer, I tones, Kidney fallu Cysts, fibroid uter	leart ire,		Ø	0	š.	سيء حصوات المراة	الفيروسي المزمن نسخم اللادة الدرقية.	نب، الالتهاب الكيدي ا 4 العمالك البولية، كنا	هل ثم تشخیصك باي ه السرطان، أمراض الفل فقش الكاوي، حصوات الرحم، الفلق، أمراض	, '
3	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroci malformations, C disease, G6PDDef	agnosed with any citary diseases <u>limi</u> er, Thalassemia, he ephalus, spinal mu hromosomal abnor iciency, systicfibros olycystic Kidney Dis	ted to: Cerebral periophilla, metabo side atrophy, geni- malities, aucher's is,hemochromator	salsy, lic tal		Ø		ن أمراض	فينيا، أمراض التمثيا الأعضاء التناسلية، بالكيسي	الثلاسيمياء الهومو الشوكي:تشوعات كمر القولي, التلية	راب الخلايا المنجلوة. اس، ضعور العضلات نمن غوشر, مرض الذ	هل تم تشخیصگ پای ه الشال الدماغی، اضطر الخذانی، استسقام الر آ الگروموسومات, مرت هرموکروماتوسیس, ه	
4	Have you been di	iagnosed with any ract, Glaucoma, Co	of the following e	ye disease: Retinal		M						هل تم تشخیصک پای حیاه بیشاه، میاه زر	
\rightarrow	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	lagnosed with any to: Vertebral disc nent tears.	of the following b prolapse, Scollosi	one s,		Ø	0		الغضروفي النيمك	تالية المفطر الإنزلاق ر تعزق الأربطة	من أمراض العظام ال ي- التهاب المغاصل أو	وهل ثم تشخيصك بأي . النعزاف العود الفقر ي	
5	Pregnant Fema	les only: regnancy	ious CS delivery			1					سايقة	الأثثى الدامل <u>فقط:</u> عمل حالي جابين واحد عمل حالي مع فيصرية عمل حالي متحد الأجنا الريخ الولادة المتوقع	
6	Current single pr Current single pr Current multiple Expected deliver	pregnancy								3 ~	and the second	- 5 TH N -19	30
	Current single pr Current single pr Current multiple Expected deliver Employee and	pregnancy y date dependents deta	ils that need to the case in the tab	be added	(In case of a				Je)	دالة لمي الجدول أدن	العائلة العراد اضافته علاه، الرجاء ذكر ال	بعات الموطف و افراد في حالة الإجابة يتعم أ	
6	Current single pr Current single pr Current multiple Expected deliver Employee and	pregnancy y date	ils that need to the case in the tab رقم لاجوال Mobile No.	be added de below) الطون Height	(In case of a الوزن Weight	ند ID Nur	رقم شهر mber	القرابة Relation	اه) النهش Gender		علاه، الرجاء ذكر ال	في حالة الإجابة يتعم أ. اسم الموظف إ	

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 1 agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيئات و المعلومات المذكورة إعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطائب سيتم على أسفى هذه البيئات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الدق في الاتصدال بالمستشفوات اللئي العامل معها للزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج البها لتقيم المخاطر
 - 2 أوافق على أحقرة (شركة عناية السعودية) في رفض العطائية أو التعطية كاليا عند عدم الاقتصاح عن وجود أي من المعالات المذكورة أعلام اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انشاقة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أقر بأنى قد قرأت و فهمت جمرع ما جاء في هذا التموذج كما لتمهد بأن عدم اشارتي اسام أي من العالات المذكورة أعلاد يعتبر بعثالة نفي وجود ما يستحق الأفساح عنه و عليه لوقع
 - حدم تعينة بيشات الطول و الوزن سيزدي الي رفض تغطية نكاليف عمارة جراحة السمنة المفرطة

W. A. C.			
Entity's stamp	قرقع الموظف (a) Employee Signature	الشاريخ Date	
للمقاولات العامة	SHAKAR	C'C/ \1	1 1/2

- (1) Upon Fenewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند نجدود الوشعة فلته لا يجق الشركة طلب نبوذج الحصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج العساح طبي للمواليد الجدد عند اهماقتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الأضافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد
 - (4) -دم نظامیة قیام صاحب العمل بالتوقیع بدلا عن المؤمن له



Ad	dition	(ع) 🗆		lew	جديد 🖸		T	Туре		طتب (1)	نوع ال
						054 1 1			nla m	ي المنطاق :	
	licyNo/CR :	530129044			/ السجل التجاري : - الد	رقم الوبيقة رقم الج	-		alam NARTI EARHAN	المستور الموظفير N ABDO MOOBEL	-
Р		Number			23742317		Emplo	yee Name :	MADIC PARIA		رقم ال
Ge	nder: 1	2010000000000	الما الما الما	900	2000	Ma الجنسية:	rital Stat	tus Married	<u>ا</u> تروج 🗆 ا		
1000	se declare any	of below cases	by marking √ und	er the wo	rd	No.	ئعم Yes			صاح عن وجود أي من الحالات أنناه يوضع اشارة / في المر	جي الاظ
	Any hosipital ac	imission during la	ast 12 months?			2	0			ي تم التنويم بالمستشفى خلال الخر 12 شهر ٢	JA
	diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract st	<u>d to:</u> Autism, Be nic Hepatitis C, G ones, thyroid goit	iny of the following on nign Tumor, Cancer, allstones, Kidney fai ter, Cysts, fibroid ut or Multiple sclerosis.	Heart lure,		R	0	<u>.</u>	بي، خصوات العزارة	ل تم تشخيصك يأي من الأمراض المزملة الثانية فقط: التوحد سرطان، أمراض الطّب، الإلتهاب الثيدي الفيروسي المزمن س شُل الفاوي، حصوات المسالك اليولية، تضخم الخدة الدرقية، ع رحم، الفتى، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتحد.	Ji. dis
	disorder or hen Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease, G6PDD	editary diseases I der, Thalassemia ocephalus, spinal Chromosomal ab	iny of the following of limited to: Cerebral in hemophilia, metab muscle atrophy, ger anormalities, aucher prosis, hemochromab ir Disease.	palsy, polic nital 's		Ø	0		يليا، أمراض التمثيل الأعضاء التناسلية، أ الكيسي	بل تم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو التشوهات الخظ تشتل العماشي، اعتطراب الخلايا المتجلية، الثلاثيمية، الهيموة لظامي، استسفاء الرأس، ضمور العضات الشوكي، القومات ا الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التكسر المولي، التليف هيموكروماتوسيس، مرض ويتسون، تكيس الكليتين الخلقي ال	10 10
			any of the following on the comeal diseases o		s	Ø	0			هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقطر: رمياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية	
	NOT THE RESERVE OF THE PERSON	d to: Vertebral d	any of the following l lisc prolapse, Scollos			Ø	0		الغضروفي الديسك	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التقية فقط: الإنزلاق الحراف المعود الفقري، التهاب المقاصل أو تعزق الأربطة	
	Pregnant Fem Current single Current multipl Current multipl Expected deliver	pregnancy pregnancy with p e pregnancy	revious CS delivery				0			النشي الحامل فقط : مل حاتي جنين واحد مل حاتي مع قيسرية سابقة عل حاتي متحد الأجنة اريخ الولادة المتوقع	
•	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T		etails that need to re the case in the tal		(In case of a	Vi			, (ak	يقات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 في حالة الإجابة بنحم أعلاه، الرجاء ذكر الصالة في الجدول أنذ	
	اسم مقدم الخدمة ovider Name	لندلة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الرزن Weight	ئي ID Nur	رقم الهو mber	القراية Relation	الوئس Gender	اسم الموظف القراد العائلة Employees/Dependent Name	
Pr			530129044	0	0	2374231	716	EMPLOYEE	1	NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	1

- and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- لتزويدها بأي مطومات طبية قد تمتاج اليها لتقييم المخاطر
 - أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض العطالية او التغطية كانيا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تنزيخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - 3. أفر بأتي قد قرآت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعبنة بياتات العلول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة العفرطة

Employee Signature Entity CC1 11/1/2

(1) Upon renewal a 500 gofficy. The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(2) لا يحق أشركة التأمين طلب نعوذج افصاح طبي للموالود الجند علد اضافلهم على وثيقة التأمين الصحي

(3) في حال الحاجة الأصافة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوفيع بدلا عن المؤمن له



-	نشل قبلتك يتجنة هذا النموذج بالشكل الصنحح لغرض الا الرعاية الصنحية بالشكل المطلوب حسن مثافع الرتيقة الد فوع الطلب (1)	\$44.			خدمات			es as			nsured: Fill out the form or that you and your ed according to you	ease		
	اسم المنشاة :			Туре		\perp	فبتد	Ø	New	إضافة (2)				
	اسم الموظفي: MED SAFED	D GHANEM AH	AI salam		ntity Na		قم الوشيقة/ السجل النا	نېزي:			tion	_		
	رقم الهوية	D GHANEM AN	ZEYA	e Nam	mploye	E	رقم الجوال:			24005	cyNo/CR:			
	الحالة الايتماعية: أغزب 🗵 ingle	ا متزرج	ried 🗆				75734783	2.3		124886 	obile No: 5511	Me		
k.e			TIOU	s 1	al Statu	_	المِسْية:		nality: 321	Na الجنس:				
	هي الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة √ 	في العربع تحت كلما	ة - تعر -		نم Yes	No No		e word		27563071.6.64	der: 1			
1	هل تم التتويم بالمستشقى خلال القر 12 شهر ؟									alow cases by me	e declare any of be	eas es)		
	A 1127 C 120 C M - 1 - 1 - 1 - 1		_			Ø		ave you been diagnosed with any of the following chronic iseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart iseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Irinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Idenias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.						
1	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة الكالية فقطر ، المرطان، أمراض القلب، الانتهاب الكيدي الليرومي المر القبل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضغر اللادة البر بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	من مني، حصوات ال 2.5 من			D	Ø		have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallistones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy,						
	هل تو تشغيصك ياي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الشال المناجلية الشاهوات الشال المناجلية الشاهوات الشال المناجلية الشاهوات الماموات الشاهوات الشاهوات الشاهوات الشاهوات الشاهوات الشاهوات الشا	يموقيليا، أمراض الا نات الأعضاء التشاسا الشرواء			a	Ø		Diseases, Chronic Hepatitis C, Galistones, States of Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalius, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's diseases GPDDeficiency, Systicibrosis, hemochromatosis,						
	هل تم تشخيصك باي من لمراض العين التائية فقط: مهاه بيضاء، مياه زرفاه، أمراض القرنية أو أمراض الشر				П	Ø		diseases	e following eye	lycystic Kidney Dise agnosed with any o act, Glaucoma, Cor	Wilson disease, Pol Have you been dia limited to: Catar	4		
	 « فل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التثنية فقط: الإنزا . الحراف العمود اللفري، النهاب المفاصل أو تعرف الأربطة 	كى الغضروفي الديب	2		0	M		ie.	e following bor	agnosed with any o	diseases.			
	ناديد الحامل فقط : المناشى الحامل فقط :			1					apse, Scollosis,	to: Vertebrai disc	diseases limited Arthritis or Ligam	5		
	حمل حالي جنين وآحد حمل حالي مع قبصرية سابقة حمل حالي متعد الأجنة تذريخ الولادة المتوقع				о О				: CS delivery	Jes only: regnancy regnancy with previ	Pregnant Fema Current single pr Current single pr Current multiple	6		
+	بينات المونقف والقراد العائمة العراد الشافقيم. 3 إفي حالة الإجابة بقعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول لا	(بان					In case of a	e added (that need to b	y date	Expected deliver	_		
	اسم الموظف إلغراد المنزلة Employees/Dependent Name	انېس Gender	القراية		رقم الهوية		الوزن	e below) الطول	case in the tab رقم الجوال	ve, please declare الحلة	Yes answer abo			
1	ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	1	PLOYEE		umber 34783	ID N 23757	Weight	Height 0	Mobile No.	case	اسم مقدم الخدسة Provider Name			
N	رار و التلويض :			_		=		.0	551124886					

- and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- - أوافق على أحقية (شركة عائية السعوبية) في رفض المطالبة أو التنظية كليا عند عدم الإلمساح عن وجود أي من الحالات المتكورة أعلاه لللتي نشاك قبل تتريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مومن له خلال
 - أقر بالى قد قرات و فهمت جميع ما جاه في هذا النموذج كما أنعهد بان عدم الشارش اسام أي من المعالات. السذكورة أعالاه يعتبر بمشابة نفى وجود ما يستحق الأفصماح عنه و علوه لوقع
 - عدم نحينة بيشات الطول و الوزن سيزدي الى رفحن تقطية تكاليف عملية جراحة السعنة المغرطة

to cover the cost of obesity surgery.	شتريخ Date توقع شرطف	
Entity's stamp 4.5 Employee Signature (4)	C. C. 14118	
اللمقاولات السامية	يد الوئسفة فائه لا يحق الشركة طلب نموذج الفصاح لأي مؤمن له سطس عليه (11)أشيو	1) حدد تجدو
101009592 he insuser shall not request a declaration	5. 22 pt n n Jurge C	1 Jan 7 (2

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer-shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحل لشركة التأمين طلب تعوذج الصماح طني للمواليد البعد عند اضافتهم على وثبقة التأمين المسمي
 - (3) في حال الحاجة الأنساقة تابعين أكثر يتم تعينة نموذج جنيد
 - (4) عدم نظامية قوام مستجب العمل بالتوفيع بدلا عن المؤمن له



uired according to	your unified poli	e health care ser cy benefit.							ب حسب منافع الوثيقة الموحدة	رعاية المنحية بالشكل السللود	_
ddition	إضافة (2) 🗆	Nev	w E	- Aping			Туре			ع الطلب (1)	3.
- H Ma /CB :			: 0	يقة/ السجل الثجار و	رقم الوث	Entity N				م المنشأة :	_
PolicyNo/CR:	54284340			الجوال:	_	Employe	ee Name : SI	JLIMAN ABDA	ILLA HASSAN ABAKAR	م الموظف:	-
Ploblie No.	lumber			2377411356						ر الهوية	
Sender: 1		Nationality: 3	04	:4	Mari الجلس	ital Statu	s Married	منزوج 🗆	خب Single 🗹 خب	للة الاجتماعية: أ	الد
ease declare any o	below cases by	marking √ under	the word		Y No	نم Yes	نعم ـ	ىرىغ ئىت كلمة ۔	الات أدناه يوضع اشترة ﴾ في ال	الاقصاح عن وجود أي من الله	.جي ا
es) :	nission during last	12 months?		***	IZI				ل اش 12 شهر ؟	هل تم التتويم يالمستشفى څلا	1
Have you been d diseases limited Diseases, Chroni Urinary tract sto	iagnosed with any to: Autism, Benigi c Hepatitis C, Galls nes, thyroid golter, nune diseases or M	of the following ch n Tumor, Cancer, I tones, Kidney failu Cysts, fibroid uter	ieart re,		Ø	0	ۇ ب	سر و حصوات المرا	راض المزملة الثانية فقط: التوحد نهاب الكبدي الفيروسي المزمن م ك البولية، تضخم الفادة الدرقية، ة الذائية أو التصلب المتعدر	المنزطان، أمراض القلب، الآل	
Have you been of disorder or here Sickle cell disord diseases, Hydro malformations, disease, G6PDDs	lagnosed with any ditary diseases <u>limi</u> ier, Thalassemia, h cephalus, spinal mu Chromosomal abno ficiency, systicfibros folycystic Kidney Di	of the following co ited to: Cerebral p emophilla, metabo iscle atrophy, geni rmalities, aucher's sis, hemochromato	salsy, lic tal		☑	0	ل امراض	ليليا، أمراض التمثم الأعضاء التلفيلية، الكسد	راض الورائية أو التشويفات الخا الايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموا مور العضالات الشوكي، التو عات مر, مرض التكسر الغوالي، التليق يلمون, تكوس التكليتين الخلقي ال	القُمُّلُ الدَماعُي، اصْطَرَابِ الدُّ الفَّادِي، استَسقاء الرض، ش بالكروموسومات، مرض غورُ	ACCOUNT COMP.
Have you been	diagnosed with any pract, Glaucoma, C	of the following e	ye diseases Retinal		Ø	п			اض العين التالية فقط: راض القرنية أو أمراض الشبكية	هل تم تشقیصك بأي من أمر مياه بيضاء، مياه زرقاء، أم	
Have you been	diagnosed with any d to: Vertebral disc ment tears.	of the following b prolapse, Scollosi	one s,		Ø	0		الغضروفي النيسك	ض العظام التقيية فقط: الإنزادان ب المغاصل أو تمزق الأربطة	. هل تم تشخيصك يأي من أمر ا رانحر إف العمود الفقري، التهاء	Sec. 180
Current multiple	regnancy pregnancy with pre- e pregnancy	vious CS delivery				0				للأثنى المائل فقط: حمل هائي جنين واحد حمل حائي مع فيصرية سايقة حمل حائي متحد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
Employee and	dependents deta	ails that need to	be added	(In case of a				(4	لحراد انضافتهم 3 رجاء نكر الحالة في الجدول أدنيا	يثلث الموظف واقراد العائلة ا في حالة الإجابة ينعم اعلام ال),
Yes answer abo سم مقدم الخدمة Provider Name	ove, please declare لاحلة case	the case in the tal رقم اليوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID Nu	رقم الهور mber	القرابة Relation	الجنّس Gender	Employees/Dep	4. (3. 18-17) (19-17) (19-17)	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		554284340	0	0	237741	1356	EMPLOYEE	1	SULIMAN ABDALLA	HASSAN ABAKAR	
Undertakings: 1. I hereby undertak acceptance of my er and that (Saudi Ena with to collect any n 2. I agree that (Sau coverage/claims in I the contractual date during the contract. 3. I hereby confirm	rolment will be on ya) has the right to nedical information di Enaya) has the ri uil in case of no de or before enrolling	the basis of such in contact the hospin needed to assess in ight to reject the claration of any car or adding a new I standing all points	nformation (al(s) I deal (the risk(s), ses prior to nsured presented i			مذو	ت اللتي التعامل معها . عدم الإقصاح عن اشتاقة مزمن له خلال	لاتحمال بالمستشفران أو التغطية كليا عن أو قبل التسجيل أو أن عدم اشاد شار الما	رة أعلاه كاملة و صحوحة و ينا لية السعودية) ليا الحق في ال تاج اليها التقيم المخاطر معودية) في رفض المطالبة له اللتي نشأت قبل تاريخ التعالا جاء في هذا الشعوذج كما النعيد با رد ما يستحق الأقصاح عنه و عا	انت و ان الشركة السركة من يشغا بأي معلومات طبية قد تما على أحقية (شركة عناية ال أي من الحالات المنكورة أعنا بريان العقد بن قد قرأت و فهمت جميع ما	قر آن البيانا النزويا رافق جود ر باتر

(1) Upon renewal of the policy, the insurer small not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

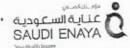
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

N 11/2

) عند تجديد الواشفة فأنه لا يحق للشركة ملك نموذج الصباح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهيز

() لا يحق تشركة التأمين طلب نعوذج العماج طبي للمواقيد الجدد عند المسائنهم على وثيقة التأمين الصحي
 () الدورة

) في حال الحاجة الأطباقة للبعين أكثر يتم تعينة نعوذج جديد) حدد نظامية فيام ساحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



qui	e that you and yo red according to y	our unified poli	icy benefit.		A PART I	\vdash		Туре		وع الطلب (1)	μ
Add	lition [إضافة (2) [Nev		7974	_			100 E 101	سو المتشاة :	4
ol	icyNo/CR:			: હ	ثيقة/ السجل التجار		Entity Na		n MIL HAZAEA A	سم الموظف: ١١٨٨١١٤٨	I
_		1688935			الجوال:	رقم	Employe	e Name : GA	MIL HALALA	أم الهوية	U
	ID N	umber			2382513378	Marii الجنب	and Chatu	s Married	متزوج 🗆	دلة الاجتماعية: أعزب Single 🛮 اعزب	JI
Sei	nder: 1	الجنس؛	Nationality: 3)4	:4	Y Mari	نم			الاقتساح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة ﴿ فَي	A.S.
ear	se declare any of	selow cases by	marking √ under	the word		No	Yes	تعم۔	العربع تحت كلمة .	. ٢٠ - ١٠٠٠ ال من المصادات الماه الوضع المدارة () عي	-
):					-				هل ثم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
1	Any hosipital admi					図	-			The state of the s	T
	diseases limited !	o: Autism, Benig Hepatitis C, Galls es, thyroid goiter	of the following chr in Tumor, Cancer, H stones, Kidney failu , Cysts, fibroid uter	re,		Ø		* 1	A characterist	. هن تم تشخيصك يأي من الأمراض المزملة التالية فقط التو السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الليروسي المزمز القشل الكلوي، حصوات الممالك البولية، تضخم اللحة الدرقي يالرحب الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدر	2
	disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroc malformations, C disease, G6PDDef Wilson disease, P6	tary diseases <u>Ilm</u> r, Thalassemia, h phalus, spinal m hromosomal abno idency, systicfibro slycystic Kidney D	of the following content to: Cerebral phemophilia, metaboluscie atrophy, genilormalities, aucher's pasis, hemochromatos pisease.	alsy, de tal			0	يك ، أمراض	وقيليا، أمراض النما 6 الأعضاء التناسلية ف الكسد	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو التشوهات لا الشمال الدمافي، اشطراب الخلايا المنجلية، التلاسيسيا، الهيه القالي، استحقاء الرأس، ضمور العشلات الشوكي، تشوها، التكروموسومات, مرض قوشر, مرض التكسر القولي، التله مهموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلاقي.	
	limited to: Cata diseases.	ract, Glaucoma, (y of the following e Corneal diseases or	Retinal		☑	D			هل تم تشقیصگ پای من آمراض العین الثانیة فقط: . میاه بیضاه، میاه زرفاه، أمراض القرنیة أو آمراض الشیک	-
5	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	to: Vertebral dis	y of the following b ic prolapse, Scoliosi	one s,		Ø	D		ل الغضروفي الديمك	، هل تم تشغيصت بأي من أمراض العالم التنائية قطر الإتزازي بالخراف العمود الطفري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة	4
6	Pregnant Fema Current single p Current single p Current multiple	les only: regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery				0			للائش المبامل فقط : حمل حالي جنون واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعد الأبهنة تاريخ الولادة المتوقع	
_	Expected deliver	denendents de	tails that need to	be added	(In case of a				(613)	بيشات الموظف والحراد العائلة الدراد الضافشهم 3 في حالة الإجابة يقعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدا	
_	Yes answer abo	ve, please decları الحالة	e the case in the tal رقم الجوال	ا الطول الطول Height	الرزن Weight	ID Nu	رقم ٹپری imber	القرابة Relation	الموتس Gender	اسم الموظف القراء المثلة Employees/Dependent Name	
	Provider Name	case	Mobile No.	neight	, suight		3378	EMPLOYEE	1	GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI	Т

- I hereby undertake that all above informations. acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to till the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery

- للبيانات و أن الشركة (شركة عالية السعودية) ثها الحق في الانصال بالمستثنيات اللتي أضامل معها تتزويدها يأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتغييم المخلطر
 - أوافق على أخفية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الاقصماح عن وجود اي من الحالات العذكورة أعاده اللتي تشكُّت قبل تأريخ النحاق أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أقر بلتي قد قرأت و قهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تدود بأن حدم تشارعي امام أي من العالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثانية نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تنجئة بهذات الطول و الوزن مودي الى وقت تشلية تكاليف سارة جراحة السمنة المعرسلة

تتواوح الموطف Employee Signature Entity's stamp c. C1 /1/1/2 (1) حد تجنيد الوثمقة فأنه لا يحق تلشركة طلب تموذج الفصاح لأي مومن له مضى عليه (11) أشهر

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration

- form for any insured who has been insured for 11 months. (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee

- (2) لا بحق لشركة التأمين طلب تموذج اقصاح طبي للموالية الجند عند اضافتهم على وتبقة التأمين الصحي
 - (3) غي دال الصلحة الأضافة للعين اكثر يتم تعبلة معوذج جديد
 - (4) حدر نظامیة قیام صاحب العمل، بالتوقیع بدلا عن المومن له



quir	ed according to	our unified pol	ve health care se licy benefit.			٠,			_	المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة .	وع الطلب	_
Add	tion [إضافة (2) [Nev	w 🛭	خديد	_		Туре			اسم المتشاق :	
Poli	yNo/CR:			: 4	ثيقة السجل التهنر	- 1 -	Entity Na			HANKAR VISHWAKARMA	سم الموظف:	_
М	obile No : 59	9386472			الجوال:	رقم	Employe	e Name: M	HII RAMASI	nanou 115timien a	قم الهوية	رة
	ID N	umber			2354356491	Mari الجثب	hal Chahu	s Married	متزوج 🗆	اعزب 🗵 Single	عللة الاجتماعية:	ال
Gen	der: 1	الونس:	Nationality: 3	104	:9	y Mari	نم ا				To a second with	
eas		below cases by	marking √ under	the word		No	Yes	نعم ۔	ريع تحت كلمة ۔	من الحالات أدناه بوضع اشارةً ﴾ في الم		J.
T	Any hosipital adm	Ission during last	12 months?			₩				لهي لحائل الحر 12 شنهر ٣		1
	Have you been dis diseases <u>limited</u> :	ngnosed with any to: Autism, Benig Hepatitis C, Gall es, thyroid goiter	of the following ch gn Tumor, Cancer, I stones, Kidney fallu r, Cysts, fibroid uter	Heart ire,		Ø	0	2.3	س، حصوات المر التكومات، ورم ليا	من الأمراض لمزمنة النائية فقط: التوحد كب، الانتهاب الكيدي الفيروسي العزمن – المسائك البولية، كضفح الخدة الترقية، ا المناعة الذائية أو التصلب المتحد.	السرطان، امراض الطا الفشل الكاوي، حصوات بالرحم، الفتق، أمراض	2
	Have you been di disorder or hered Sickle cell disorde diseases, Hydroo malformations, C disease, G6PDDef Wilson disease, Pc	agnosed with any litary diseases [in er, Thalassemia, ephalus, spinal m hromosomal abn iciency, systicfibro blycystic Kidney [y of the following co nited to: Cerebral (hemophilla, metabo nuscle atrophy, geni formalities, aucher's osis, hemochromato Disease.	palsy, pilc tal sis,		Ø	0	يل المراض	ولياء أمراض التما لأعضاء التنامسلية الكيمس	من الأمراض الوراثية أو التشوهات القنا إلى الفلايا المنجئية، الثلاثيميا، الهوموغ س، شمور العضات الشوكي، تشوهات ا نن غوشر, مرض التكسر القولي، التليف مرض ويلمون, تكيس الكليتين الفنقي ال	الشال الدماغي، اضطر الغّالي، استسقاء الرأ والكروموسومات، مرن ويعوكروماكوميس.	3
•	fimited to: Cata diseases.	ract, Glaucoma, I	y of the following e Corneal diseases or	Retinal		Ø	п			من أمراض العين التائية قلط: قاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	یمیاه بوضاء، میاد زر	-
5	Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	to: Vertebral dis	ny of the following b sc prolapse, Scolios	ione is,		Ø			لغضروفي التيسك	من امراض العظام التالية فقط الإنزلاق ا ، التهلب المقاصل أو تمزق الأربطة	 هن تم تشخيصك باي . انحراف العمود الفقر ع 	
5	Current multiple	regnancy regnancy with pro pregnancy	evious CS delivery				0			1000000	للأنثر الحامل فقط: حمل حالي جابين واحد حمل حالي مع قيصرية حمل حالي متحد الأجاء تاريخ الولادة المتوقع	
	Employee and	dependents de	tails that need to e the case in the ta	be added	(In case of a					لعائلة المراك اضافتهم 3 علاه، الرجاء ذكر المثلة في الجدول أدنام	بياثات المواقف و افراد ا (في هالة الإجابة ينعم أ	_
P	Yes answer abo	الدالة الدالة case	رقم شهوان Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ية ID Nu	رقم ٹهو mber	الثراية Relation	الجنس Gender	Employees/Depend		,
	Ovider Heiling	10/11/10/	599386472	0	0	235435	6491	EMPLOYEE	1	MOHIT RAMASHANKAR V	ISHWAKARMA	1
1	dertakings: hereby undertake	that all above in	nformation are corre	ect and the			عذو	طلب سیئم علی آسش ک اللئی اتعامل معها	، عليه فأن قبول ا تصمال بالمستشفية	المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه ركة عناية السعودية) لها المق في الا	الرار و التقويض : ان البيانات و المعلومات انات و أن الشركة (نر ريدها بأي معلومات طبها	. أقر ل البياد

- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- 2. أوافق على لحقية (شركة عناية للسعودية) في وقض المطالبة أو التنطية كليا عند عدم الاقسماح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تتريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انساقة مؤمن له خلال فترة سريان العلا
 - أقر بأتي قد قرأت و قهمت جميع ما جاه في هذا اللموذج كما أتعهد بأن عنم اشاركي اسام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه لوقع
 - عدم تعينة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية نكاليف عماية جراحة السمنة المغرطة

Entity's stamp	سلامالنخبة	Employee Signature	(4)	توقع الموظف	Date	التاريخ	
Charles Stand	للمقاولات العامسة المقاولات العامسة المقاولات	NISHW	AKARA	N.A.	C ,	سيد الاشتقة فلم لا يجد الله وقال الدائد الم	2000

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوتسقة فاله لا بحق الشركة طلب تموذج اقصاح لأي مزمن له مضى عليه (11) لشهر
- (2) لا يحق تشركة التأمين طلب نموذج الفصاح طبي المواليد الجدد عند اضافتهم على وثبيّة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحلجة الأصافة تابعين أكثر يتم نجنة نموذج جنيد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.